الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

نظريات . . نماذج . . تكنيكات . . مقاييس

تأليف

أ. د / حمدي محمد منصور

أستاذ الخدمة الاجتماعية

بجامعة الأمام محمد بن سعود الإسلامية

فرع القصيم

الطبعة الأولى

١٤٢٤هـ/ ٢٠٠٣م

ح مكتبة الرشد، ١٤٢٤هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

منصور، حمدي

الخدمة الإجتماعية الاكلينيكية. / حمدي منصور .- الرياض، ١٤٢٤هـ

٢٤٨ ص ؛ ١٧×٢٤ سم

ردمك : ٠ - ٢٧٠ - ٠١ - ٩٩٦٠

١- الخدمة الإجتماعية أ- العنوان

ديوي ٣٦١ ١٤٢٤/٥١٤٩

رقم الإيداع : ١٤٢٤/٥١٤٩

ردمك : ٠ - ٢٧٠ - ٠١ - ٩٩٦٠

الطبعة الأولى

١٤٢٤هـ - ٢٠٠٣م

مكتبة الرشد للنشر والتوزيع

المملكة العربية السعودية - الرياض

شارع الأمير عبدالله بن عبدالرحمن (طريق الحجاز)

ص.ب ١٧٥٢٢ الرياض ١١٤٩٤ - هاتف ٤٥٩٣٤٥١ - فاكس ٤٥٧٣٣٨١

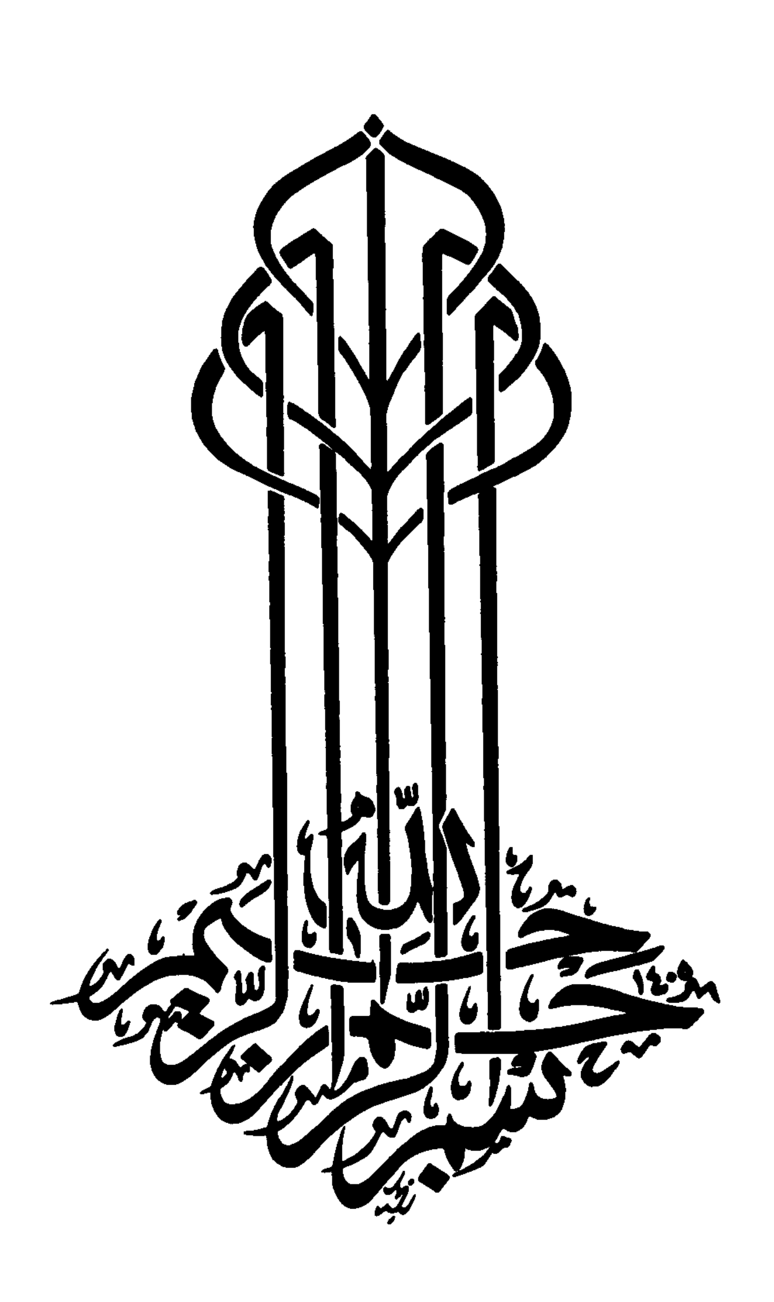
E-mail: alrushd@alrushdryh.com

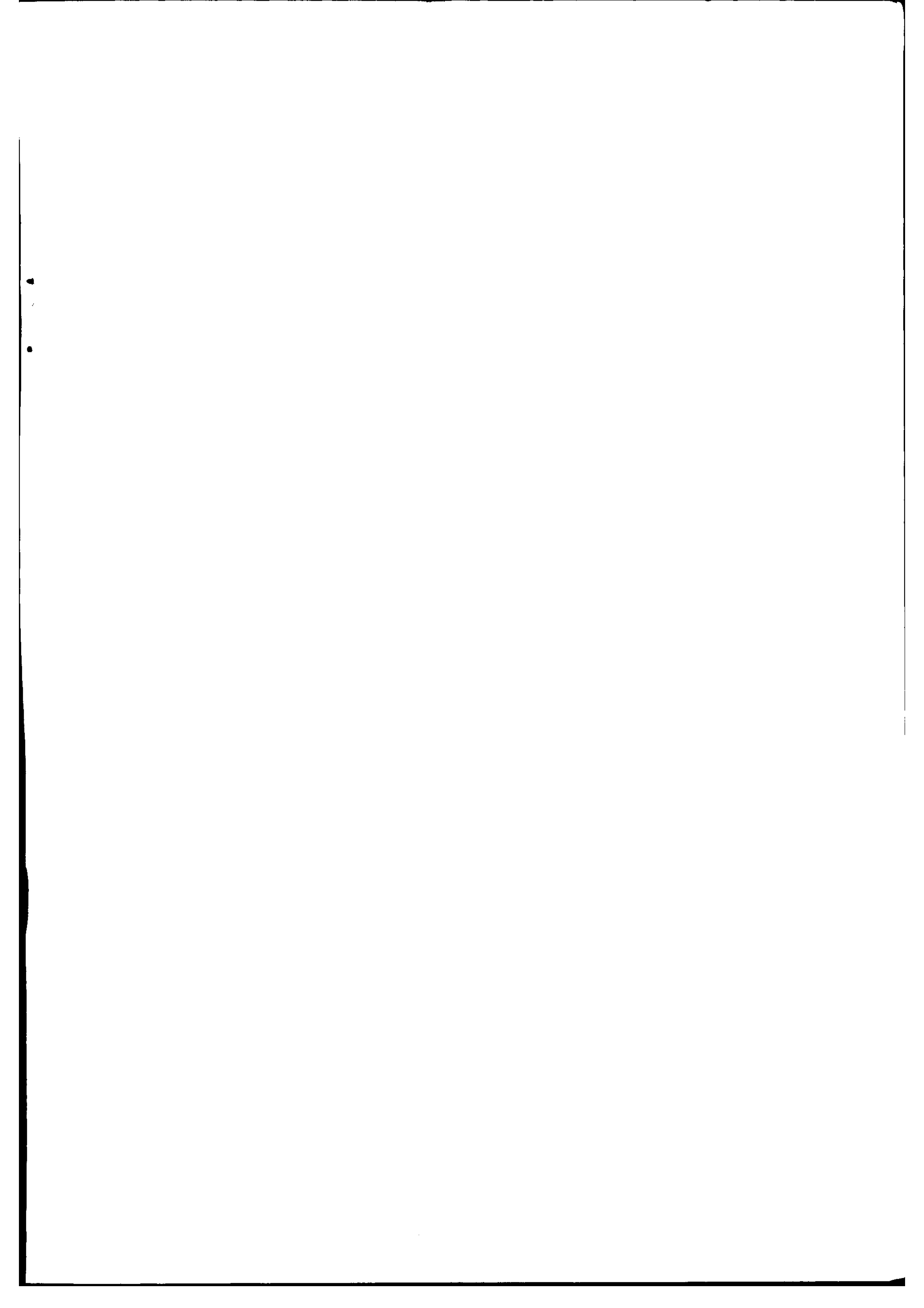
www.rushd.com

★ فرع الرياض : طريق الملك فهد - غرب وزارة البلدية والقروية ت ٢٠٥١٥٠٠
★ فرع مكة المكرمة، ت: ٥٥٨٥٤٠١ - ٥٥٨٣٥٠٦
★ فرع المدينة المنورة، شارع أبي ذر الغفاري - ت: ٨٣٤٠٦٠٠ - ٨٣٨٣٤٢٧
★ فرع جدة، مقابل ميدان الطائرة - ت: ٦٧٧٦٣٣١
★ فرع القصيم: بريدة - طريق المدينة - ت: ٣٢٤٢٢١٤ - ف: ٣٢٤١٣٥٨
★ فرع أبها، شارع الملك فيصل ت: ٢٣١٧٣٠٧
★ فرع الدمام، شارع ابن خلدون ت: ٨٢٨٢١٧٥

وكلاؤنا في الخارج

★ القاهرة: مكتبة الرشد - مدينة نصر - ت: ٢٧٤٤٦٠٥
★ الكويت: مكتبة الرشد - حولي - ت: ٢٦١٢٣٤٧
★ بيروت: دار ابن حزم ت: ٧٠١٩٧٤
★ المغرب: الدار البيضاء / مكتبة العلم / ت: ٣٠٣٦٠٩
★ تونس: دار الكتب الشرقية / ت: ٨٩٠٨٨٩
★ اليمن - صنعاء: دار الآثار ت: ٦٠٣٧٥٦
★ الأردن: دار الفكر / ت: ٤٦٥٤٧٦١
★ البحرين: مكتبة الغرباء / ت: ٩٥٧٨٢٣
★ الامارات - الشارقة: مكتبة الصحابة / ت: ٥٦٣٣٥٧٥
★ سوريا - دمشق : دار الفكر / ت: ٢٢١١١٦
★ قطر - مكتبة ابن القيم / ت: ٤٨٦٣٥٣٣





مقـــــــدمــــة

شهدت برامج التدخل المهني للخدمـــه الاجتماعيـــة تطورا سريعا خلال العقدين الماضيين ، وبرزت ملامح هذا التطور في الانتقال من التركيـــز علي عوامل نفسية لاشعورية بعيدة عن القياس و الملاحظة إلى عوامل ومسببات اجرائيه تخضع لجوانب القياس الإكلينيكي والملاحظة العلميـة الدقيقـــة التــي تقترب مــن الاتفاق و تبعد عـن التحيـز .

وساعد ظهور هذه البرامج التي تعتمد علي أصول و تغيرات نظريه ذات طابع تطبيقي علي زيادة قدرة وفاعليه الممارسات الاكلينيكيه للخدمـة الاجتماعية في التعامل مع كثير من مشكلات الحياة اليومية التي يعانـــي منها الأفراد و الأسر و الجماعات الصغيرة ، والتي أصبحت شائعة فـــي مجتمعات اليوم كمشكلات التبول اللاإرادي عند الأطفال ، ومشكـــلات الإدمان ، وصعوبات التعليم و مشكلات سوء التوافق المدرســــي والنزاعات الا سريه ومشكلات الجريمة و الانحراف و كذلـــك الاضطـــرابات والأمراض العصابيه والذهانية فضلا عن مشكلات التـفـاعـــل الاجتـمـاعـــي واضـطـرابـات السـلـــوك .

وفي ضوء ذلك لم يعد عمل الأخصائي الاجتماعي ترفا أو استهلاكا للوقت كما لم يعد أيضا عملا يقوم علي الارتجال و التخمين بل أصبح عملا مخططا تحكمه أهداف ويتوقع منه نتائج مرغوبة تساهم في تخفيف معاناة البشر ، وتساعدهم علي اكتشاف طاقاتهم و استثمارها علي نحو امثل . لذا جاءت فكرة إصدار هذا المؤلف المتواضع كي يكون عونا بإذن الله لطلاب الدراسات العليا و طلاب مرحله البكالوريوس والأخصائيين الاجتماعيين ، علي فهم أسس و مبادئ ونظريات التدخل المهني للخدمة الاجتماعية عند التعامل مع مشكلات الأفراد والأسر والجماعات

الصغيرة ، كما آمل أن يجدوا في المادة المطروحة في هذا الكتاب ما يساعدهم علي تحقيق فهم افضل وتفسير اعمق للسلوك الإنساني المعقد والذي تحكمه كثير من الثوابت والمتغيرات القديمة والمتجددة في ظل عصر يفرز تغيرات سريعة و مذهلة ، ولا أستطيع أن ادعي أن هذا الكتاب هو جهد ابتكاري للمؤلف بقدر ما هو حصيلة قراءات متعددة ألحت الضرورة في أن تكون في هذا السياق كي يستفيد بها طلابنا و إخواننا الأخصائيون الاجتماعيون ، ويحدوني الأمل في أن يخرج من بين هؤلاء من ينتج عملا ابتكاريا ينبع من ثقافتنا الفريدة الأصيلة ـ بدلا من نزيف الاقتباس السلبي من الآخر ـ يعبر عن واقع مشكلاتنا ويأتي بحلول براجماتية تستثمر في عملائنا طاقاتهم المعطلة ، وتحرك الموارد الراكدة في مجتمعاتنا إلى الأفضل .

و الله من وراء القصد به ثقتي و به استعين

المؤلف

الفصل الأول

أضواء على نظريات الممارسة في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

- ما هي الخدمة الاجتماعية .
- سياق ممارسة الخدمة الاجتماعية .
- ترجمة القيم إلى ممارسة .
- أي النظريات التي يمكن استخدامها .
- كيف نستخدم نظريات الخدمة الاجتماعية .

* ماذا نعني بالخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

يعرف جولد ستين goldstein ١٩٨٠ الخدمـــة الاجتماعية الإكلينيكية بأنها أحد أدوار الممارسة التـــي يسعـــي مـن خلالها الأخصائيين الاجتماعيين لمساعدة الأفراد المتضررين أو المرتبكين أو الذين تضعهم سلوكياتهم في مواقف صعبة ، أو لمـــساعدة هؤلاء الذين يرغبون فـــي حيـــاة منـــتجة تـــخلـــو مـــن الاضطرابات النفسيـــة و السلوكيـــة .

ووفقا لهذا التعريف فإن الدور الإكلينيكي للأخصائيين الاجتماعـــيين يعـــبر عن سلسله من السلوكيات المصممة والهادفـــة للتأثيـــر في الضغوط الداخلية للنسق .

ومن ثم تتحدد الممارسة هنا في مساعدة الأفراد علي تعديل اتجاهاتهم ومشاعرهم ، والتغلب علي السلوكيات التي تعرقل أدائهم ، ولا يعتبـر الدور الإكلينيكي هو كل الخدمة الاجتماعية ولكنه أصبح يمـثل الجزء الحيوي منها لأنـه يمـثل الاختيار الملح لمواجهه مشكلات نسق العميـــل.

ويميز بعض كتاب الخدمة الاجتماعية الممارسة الاكلينيكيه عن باقي أدوار الأخصــــائيين الاجتماعيين من خلال الهدف الأساسي الذي يحقق تغيرا ضروريا في نسق العميل كي يستطيع مواجهـه الضـغوط البيئـيـــــة والتـي تكـون نـتانجها وتأثـيراتها علـي الأفـراد نفســـيـــة انفعاليـــــة .

ويري كثير من الأخصائيين الاجتماعيين أن الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية تهدف إلى أحداث تغيرات تحقق التوافق الشخصي ، ومن ثم فإنها تتناول مشكلات كالاضطرابات الانفعالية الأمـراض العقلـية ، وتهديـدات الأداء الاجتماعــي المتمـثلة فـي الضـغوط النفسـية الاجتماعـية المعـــــوقات الصحيـــــة .

والممارسة الإكلينيكية ليست نظرية في حد ذاتها ، وإنما تصف سلسله من الخدمات التي تقدم للعملاء من خلال ، العلاج النفسي ، والإرشاد الزوجي والتوجيه ، وخدمات التأهيل وإرشادات الصحة العقلية .

وتعتمد الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية علي أربعة افتراضات أساسية هي :

١ ـ أن نضج الأفراد، ونموهم ، وكذلك سلوكياتهم تعتمد علي ذلك التفاعل المعقد الذي ينشأ بين الأفراد ، وبيئاتهم الداخلية والخارجية .

٢ ـ يتعرض الأفراد لسلسله من الضغوط المعقدة التي تؤثر علي سلوكهم ، ونضجهم ونموهم ، وتظل بعض هذه الضغوط غير معلومة .

٣ ـ لا يستطيع أن يستجيب كل الأفراد للضغوط البينية بنفس الطريقة ، ولكن قد يعجز بعضهم عن تحقيق الاستجابة المناسبة .

٤ ـ عندما يتأثر الأداء الاجتماعي للأفراد بتلك الضغوط هنا تبرز أهمية شبكات الدعم التي يجب أن تقف إلى جانب هؤلاء الناس في العمل ، المدرسة ، الجيرة والمجتمع الأكبر ، وأن الاعتماد علي شبكه واحدة فقط من هذه الشبكات دون الأخر لن يكون مجديا في معالجة و مواجهة المشكلات و اعتمادا علي ذلك فإن الأخصائي الاجتماعي في الممارسة الإكلينيكية لا يتقيد بنظرية في حد ذاتها وإنما الذي يحكم الممارسة هو طبيعة الموقف ، والأهداف التي يرغب في تحقيقها الأخصائي الاجتماعي والعميل معا ، فضلا عن حاجه الأخصائي الاجتماعي لإطار نظري ما يسترشد به عند تفسير السلوك الإنساني ، وكيف يمكن تعديله أو تصحيحه .

وهناك عدد من الاستراجيات والتكنيكيات والأساليب التي يستطيع أن يختار من بينها الأخصائيين الاجتماعيين ، ويتم هذا الاختيار وفقا لمحكات ثلاثة أساسيه :

يتمثل الأول في أن الاستراتيجية ينبغي أن تتمشى مع الأهداف التي ينبغي تحقيقها ، ولذلك ينبغي أن يتمشى نمط ومستوي التدخل مع طبيعة هذه الأهداف .

الثاني: النتائج التي يجب أن تتحقق يجب أن تكون فعاله ومحققه للأهداف الموضوعة .

أما المحك الثالث فيرتكز علي ضرورة أن يرتبط الاختيار بالقيم المهنية .

ورغم ذلك فإن الأخصائيين يواجهون ثلاث مشكلات هامة عند اختيار الاستراتيجية والتكنيك المناسب ، وأول هذه المشكلات هي أن الخدمة الاجتماعية ليست لديها إطار نظريا منسجما ومتكاملا يتناول مشكلات أنساق العملاء التي تشكل أهدافا خاصة وأساسا لاختيار الاستراتيجية المناسبة .

المشكلة الثانية تتمثل في أن التكنيكيات والأساليب التي يستخدمها الأخصائيون بينها قدر من التشابه ، وقدر كبير من الاختلاف في تفسير وتغيير السلوك، وقد استطاع تيرنر turner ١٩٧٩أن يحدد قائمة بتسعه عشر نسقا تفسيريا للممارسة الإكلينيكية ، ويري أن هذه الأنساق رغم أنها تظهر تشابها في الرؤية لكنها تعكس اختلافا واضحا في الافتراضات و تكنيكيات التغير ولذي يسأل الأخصائي نفسه عدة أسئلة :

ما هي افتراضات النظرية حول تطور و نمو المشكلة ؟

ما هي فروض النظرية التي تحدد التغير الذي ينبغي أن يحدث ؟

إلى أي درجة تستطيع النظرية أن تفسر الظاهرة ؟

وإذا استطاع الأخصائي أن يجيب علي هذه الأسئلة فقد يستطيع اختيار الاستراتيجية والتكنيك المناسب .

أما المشكلة الثالثة فهي تشير إلى أن بعض النظريات تمتلك تفسيرا جيدا للسلوك الإنساني ولكنها لا تمتلك استراتيجية خاصة بعملية التغيير . ولذلك قد يستخدم الأخصائيون تفسيرات متناقضة وتكنيكيات مختلفة وقد نجد أنفسنا كما يري جاي راتن jayaratne ١٩٧٨ نرفض تفسيرات نظرية التعلم ، ولكننا نقبل بتكنيكياتها في عملية إحداث التغير .

ويمكن للأخصائيين الاجتماعيين أن يسألوا أنفسهم عدة أسئلة ويحاولون الإجابة عليها من أجل التغلب علي المشكلات الثلاثة السابقة وهذه الأسئلة هي :

- ما هي النظرية التي تفسر بشكل افضل كيف حدثت هذه المشكلة وكيف تطورت ؟
- ما هي أهداف التغير المطلوبة ؟
- ما هي النظرية التي تقدم تفسيرا أفضل وتستطيع أن تحقق تغيرا يتمشى مع الأهداف ؟
- ما هي الروابط المنطقية بين المشكلة والهدف والاستراتيجية ؟
- ما هي الاستراتيجية المناسبة للنظرية والتي تساعد علي إيجاد تلك الروابط ؟

*** سياق ممارسة الخدمة الاجتماعية .**

إن دور وغرض الخدمة الاجتماعية نمي وتطور منذ نشأتها حتى أصبحنا نستطيع اليوم أن نصنف مداخل الممارسة في الخدمة الاجتماعية إلى ثلاثة أنماط :-

- مداخل المساعدة العلاجية theraputic helping approaches
- مداخل دفاعية maintenance approaches
- مداخل تحررية emancipatory approaches

فالمداخل العلاجية للخدمة الاجتماعية أفضل الأمثلة لها هي نظريات الإرشاد counselling theories التي نشأت في إطار أعمال " كارل روجرز " قديما ووفقا لتلك المداخل فإن وظيفة المرشد counsellor هي مساعدة العميل علي تحقيق فهم افضل لنفسه وكذلك فهم أفضل لعلاقاته بالآخرين وبصفة خاصة علاقاته بالأقارب والأصدقاء ومن ثم اختيار الطرق الفعالة للتعامل مع تلك المواقف .

وتركز المداخل العلاجية علي الأفراد وأداءهم النفسي الذي يشكل الأساس في عملية التدخل ، ويصبح دور المرشد بمثابة المساعد الذي يستمع بعناية لما يقوله العميل ، وبالتالي يسهل له الفرص التي تمكنه لتحقيق فهم افضل للناس ، وتحقيق فهم افضل لظروفه الحياتية ، ويتم ذلك في إطار استخدام استراتيجيات فعالة لتحقيق النمو والتعلم الجيد .

أما المداخل الدفاعية فقد وصفت بشكل جيد في كتاب مارتن ديفز M.Davies ١٩٩٤ و هو بعنوان the essential social worker " الأخصائي الاجتماعي المؤثر " ويري " ديفز " أن الدور الأساسي للأخصائي الاجتماعي في تلك المداخل هو تمكين الناس من الكفاح أو التعامل الفعال مع ظروفهم المعيشية ، وفي ظل هذه المداخل يقل إلى حد كبير استخدام الأخصائي الاجتماعي لدور المساعدة العلاجية ، و تتعاظم أدواره البراجماتية التي تقوم علي توفير المعلومات الخاصة بالموارد والإمكانات ، والتي وفرتها معارف الممارسة التي تراكمت نتيجة خبرات العمل الميداني ، وتتطلب هذه المداخل أن يكون الممارس اكثر ارتباطا بالقضايا الثقافية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية التي يتشكل منها نسيج المجتمع وتشكل في بعض الأحيان تحديا كبيرا لأفراده.

أما المداخل التحريرية فهي التي تركز علي تحقيق العدالة الاجتماعيـــة وتجعل من تحسين وتطوير نظام الرعاية الاجتماعية هدفا لها ، وخصوصا إن هناك ضحايا للعلاقات الاجتماعية غيـــر العادلـــة .

كما أن هناك بعض الناس اللذين يعانون من اضطراب في حياتهم المعيشية نتيجة لفشلهم في إدارة شئون حياتهم بالشكل المنـــاســـب وتجمع المدارس الفكرية الاجتماعية علي أن الهدف الرئيسي للمداخل التحريرية هو توفير المعارف والمهارات التي تمكن البشر من تحقيق القدرة علي ضبط وإدارة شئون حياتهم بشكل افضل . والخدمة الاجتماعية تهدف إلى تحقيق : العدالة الاجتماعية ذلك السياق الذي يستطيع من خلاله المجتمع أن يوزع موارده علي اعضاءة .

العدالة الاجتماعية هي ذلك الظـرف المثالي الذي يحظى فيه كل أعضاء المجتمع بنفس الحقوق الأساســـية الحماية ، الفرص ، الواجبات ، المنافع الاجتماعية ، وهي في مجملها تشير إلى ما يلي :-

أ - تقسم الموارد الاجتماعية وفقا لمبدأ الحاجة مع الأخذ فـــي الاعتبار ضرورة تنمية الموارد الشخصية

ب - ينبغي أن تتاح فرص النمو الشخصي و الاجتماعي للجميع .

جـ - تنمية وسائل لمواجهة الظلم عن طريق العمل الجاد لتنميـــة الموارد الاجتماعية والطبيعية وتوزيعها بشكل متكافـــئ والعمل علي حل المشكلات الاجتماعية .

د - وضع أجنده برامج وسياسات تشمل كل مستويات المجتمع تجعل من التنمية البشريـــة وإكساب السكـــان الخبــــرات هدفا أساسيا لها .

هـ - ضرورة تـدريـــب السكان علي كيفيــة مباشـــرة حقـــوقهم السياسية والاجتماعية .

ويتمثل دور الأخصائيين الاجتماعيين في تحقيق العدالة الاجتماعية من خلال العمل علي إنشاء مظلة من المؤسسات الاجتماعية التي يقدم من خلالها الفرص الملائمة والموارد التي يحتاجها سكان المجتمع : كالتعليم الكافي ، المشاركة السياسية ، الدعـــم الاقتصادي ، الرعاية الاجتماعية والصحية ، وينبغي أن يتحمل الأخصائيون مسئوليتهم في تنمية العدالة الاجتماعية من خلال بناء سياسات اقتصادية واجتماعية متوازنة في منظمات الرعاية الصحية ، التعليمية الاجتماعية ، وتنظيم شبكة لنقل الخدمة الاجتماعية وتوصيلها بالشكل الذي يتيح لكل الأشخاص الفرصة للحصول عليها .

* ترجمة القيم إلى ممارسة

اعتمدت الخدمة الاجتماعية كثيرا علي تلك المنظومة من القيم التي اشتقت من العدالة الاجتماعية وحقوق الإنسان ، ومن ثم أفرزت الخدمة الاجتماعية سلسله من القيم المعيارية التي تحدد ما هو مرغوب في الممارسة وفي ضوء ذلك حدد مجلس تعليم الخدمة الاجتماعية (CSWE) – ذلك المجلس الذي يختص بوضع برامج التعليم والتدريب المعتمدة لمرحلة البكالوريوس والدراسات العليا ـــ قائمة بالقيم المهنية التي يسترشد بها الأخصائيـــون فـــي الممارسة و هـــي :-

- تبني العلاقات المهنية للأخصائيين الاجتماعيين علـي أساس حقوق وواجبات الأفراد ومن ثم تتحدد تلك العلاقات في إطار المشاركة المتبادلة ، التقبل ، الثقة ، و الصدق والأمانة ، والاستجابة المسئولـة لحل ومـواجهـة المشكـلات والنـزاعات .
- يحترم الأخصائيون الاجتماعيون حقوق الإنسان التي تتمثل في الرغبة والقدرة علي صـناعة واتخـاذ قـرارات مستقلة ، وكذلـك الـمشـاركـة الـنشـطـة فـي عمليـة الـمسـاعـدة .

- يعتبر الأخصـائيون الاجتماعيون مسئولين عن جعل المؤسسات الاجتماعية اكثر إنسانية واكثر استجابـــة للحاجات الإنسانيـــة .
- ينبغي أن يستخدم الأخصـائيـــــون الاجتماعيون مفاهيم الاحترام والتقبل في ضوء السمات الفريدة التي تميز البشر .
- الأخصـائيون الاجتماعيون مسئولون عن سلوكهم الأخلاقي ، وعن نوعية ممارستهم والبحث المستمر من اجل زيادة النمو المعرفي والمهاري لمهنتهم .

وفي ضوء تلك القيم السابقة فإن الخدمة الاجتماعية تركز علي القوة الإنسانية الكامنة في الأفراد من اجل استثمارها واستخدامها في بناء مجتمع تضامني جيد ، كما تركز أيضا علي القوة الاجتماعية التي تدعم التغير الهادف في المجتمع ، ومــــــن أمثلتها السياسة الاجتماعية والمؤسسات الاجتماعية التي ينبغي أن تـوفر فرصا مناسبة للأفراد .

و هكذا تترجم القيم السابقة إلى ذلك الشكل الثاني للممارسة الذي يركز علي الأشخاص وبيناتهم المادية والاجتماعية .

ويري مجلس تعليم الخدمة الاجتماعية أن القيم المهنية ينبغي أن تترجم إلى ممارسة تهتم بالتركيز علي بناء التفاعل النفعي المتبادل بين الأفراد ومجتمعهم من اجل تحسين نوعية الحياة للطرفين ، وفي ضـــــوء ذلك ينصب عمل الممارسين مـع البشر علي تقوية وتنمية وتدعيم قدرتهم التنافسية في ظل الموارد المتاحـــة والمطلوبـــة ، وينصب عملهم مع المجتمع علي إحداث تغير مؤسسي يجعل بناءات المجتمع قادرة علي الاستجابة لمعظم إن لم يكن كل احتياجات أفراده .

كما يجب ألا ينسي الأخصائيون الاجتماعيون ضرورة الاهتمام بالجهود البحثية والمعرفية من اجل الارتقاء بنوعية الممارسة ، وجعل الخدمة الاجتماعية محل أنظار المجتمع بصفة مستمرة .

ومن ثم فان الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية ينبغي أن تهتم بالممارسة ، والسياسة والبحث كما ينبغي أن يركز الأخصائي الاجتماعي في ظل الممارسة العامة علي :-

١ - العمل مباشرة مع انساق العملاء .. أفراد ، أسر ، جماعات ، منظمات ، مجتمعات محلية .

٢ - ربط أنساق العملاء بالموارد المجتمعية .

٣ - تنمية الاستجابة لأنساق المجتمع .

٤ - تبني استراتيجية الدفاع عن السياسات الاجتماعية التي تساهم في توزيع عادل للموارد .

٥ - الاهتمام بالبحوث و الدراسات المعنية بتقييم و تحسين عمليات الخدمة الاجتماعية .

* أي النظريات يمكن استخدامها

يري المجلس المركزي لتعليم و تدريب الخدمة الاجتماعية (Ccetsw) أن اختيار نظرية التدخل في الخدمة الاجتماعية أمر هام وضروري ولكن هناك عدة صعوبات تواجه معلمي الخدمة الاجتماعية وهم بصدد تلك المهمة ، فالمهندسين والفنيين الذين يتعاملون مع العلوم الطبيعية يجدون في إطارها النظري اتفاقا عاما حول النظريات الموجهة للعمل .

بينما تقدم العلوم الاجتماعية متسعا من النظريات المتصارعة غير المختبرة والتي تتسم بخصوصية عالية ، وبينها قدر كبير من الخلاف .

و يصف أحد الأكاديميين الأمريكيين ١٩٦٥ ــ في تقريـــــر لـــه حول نظريات الخدمة الاجتماعية ــ تلك المعوقات الضخمة التي تواجه معلمو الخدمة الاجتماعية .

قائلا أن النظريات الحديثة التي تفسر الإنسان والمجتمع اعتمدت علي تصورات خيالية وغير مؤكدة لأعمال قديمة ، ومن ثم فإن صناعة القرار حول تلك النظريات يعتبر مهمة هيرقلية Herculean جبارة .

وفي الكتابات الحديثة للخدمة الاجتماعية قدم " هاو " How١٩٨٧ و"باين " Payne ١٩٩١ عددا لا بأس به من النظريات ، ولكنهم تركوا للقارئ و الممارس أن يقرر بنفسه أي النظريات التي يمكن أن يتوافق معها ، ويذهب شيلدون Sheldon في تحليله لاختيار نظرية التدخل إلى القول بأن الاختيار يعتمد علي الخبرة اكثر من اعتماده علي أي شئ آخر .

وفي تعبير ساخــــــــر له يعبر من خلاله عن حالة الفوضى التي تعتري نظريات الممارسة في الخدمة الاجتماعية يقول " شيلدون " أن النظريات أشبه بالسلع المتراصة في السوبر ماركت ، ويتوقف الاختيار النهائي لأي منها أو رفضه علي رغبة الطالب نفسه وقد يستخدمها جميعا ، فقد يفسر فشل شخص ما في أداءه لأدواره نتيجة لخبرات الطفولة المبكرة والتي ترجع لنظرية كلاين klein .

وقد يعتمد علي هذا التفسير الان ثم يأتي بعد ذلك ليرجع هذا الفشل إلى علاقات مضطربة بالأب خلال السنوات الأربعة الأولى من العمر (نظرية فرويد) ، ثم بعد ذلك يرجع تأثيـــر و انعكاس الاضطراب في مراحل النمو الأولى علي العقد التالي من عمر الطفل(في إطار نظريه بياجيه Piaget) ، ثم يعود مرة أخري ليفسر ذلك الفشل في إطار العملية الحياتية الطويلة القائمة علي الاشتراط الإجرائي عند سكنر Skinner .

ويعالـــج جولد ستين Goldslein هـــذا الاضطراب وتلك الحيـــرة التـــــي تواجـه المقارسين بقولة ينبغي أن نركز أولا علي تقدير العميل ثم نقرر بعد ذلك أي النظريات تصلح للتطبيق .

فإذا كنا نركز علي العميل ينبغي أن تتوجه أنظارنا إلى قوته الذاتية ، دوره الاجتماعي أنماطه النفسية الاجتماعية ، سماته الشخصية ، أو مكانته في نسقه الاجتماعي .

وإذا كـان التركـيز علـي الأسرة فيجـب أن نركـز علـي الـتفاعلات الأسـرية أنمـاط الاتصـال المدعمات الخارجية ذات التأثير علي الأسرة .

ورغم ذلك فهناك عدة معايير يمكن الاسترشاد بها في اختيار النظرية المناسبة تتمثل في :ـ

أولا :ـ أحد الطرق الممكنة لتثمين وتقدير النظريات تتمثل في توفير المعايير العلمية التي تقوم علي الدلائل الامبريقيه التي اختبرت النظرية بشكل جيد.

و لكن هناك صعوبتين تواجه الطلاب إزاء ذلك المعيار وهما :

١ ـ أن الطلاب لا يتلقوا تعليما كافيا حول كيفية تقويم النظرية .

٢ ـ أن الطالب قد يفسر بشكل غير مبرر المعرفة التي تلقاها في إطار مكونات تلك المعرفة وطرق اختيارها.

ثانيا :ـ أن أحد معوقات تقويم النظرية هو نقص الدلائل الامبريقيه علي صحتها ، ويرجع ذلك إلى نقص البحوث القويـة للخدمـة الاجتماعية في ذلك الصدد ، ومن ثم يجب علي الممارسين والطلاب إخضاع تلك النظريات للاختبار في ظل تصميمات بحثية قوية ويعد ذلك مؤشر آخر من مؤشرات اختيار نظرية ما .

وجدير بالذكر أن هناك أكثر من (٤٨) نموذجا ونظرية لممارسة الخدمة الاجتماعية نقدم أمثلة لبعضها لكي تكون بمثابة دليل يسترشد به الأخصائيون عند تشكيل بينتهم المعرفية وهي :-

- نموذج علاج الإدمان .
- النظرية السلوكية .
- نظرية البيروقراطية .
- نموذج إدارة الحالة .
- نظرية الاتصال .
- النظرية السلوكية المعرفية .
- نظرية النمو .
- نموذج الحياة الايكولوجية
- * منظور الأنساق الايكولوجية
- نظرية الوجودية .
- نموذج الممارسة التي تركز علي الأسرة .
- العلاج الأسرى .
- مدخل الأنساق الأسرية .
- العلاج البنائي الأسرى .
- المنظور النسائي .
- العلاج الأسرى الوظيفي .
- نظرية الأنساق العامة .
- مدخل الممارسة العامة .
- النظرية الإنسانية .

* العلاج الجشطالتي .
* نظرية العلاقات الإنسانية .
* نموذج التكامل .
* نموذج التفاعل .
* نظرية التعليم .
* نموذج التنمية المحلية .
* نظرية الإدارة .
* نموذج حل المشكلة .
* نظرية السيكودنيامية .
* نظرية شبكة المساعدة الطبيعية .
* العلاج الواقعي .
* نموذج المساعدة الذاتية .
* نظريات الجماعات الصغيرة .
* نموذج التخطيط الاجتماعي .
* نموذج الفعل الاجتماعي .
* العلاج الأسرى الاستراتيجي .
* النموذج البنائي .
* نموذج التركيز علي المهام .
* نموذج فريق العمل .

* كيف نستخدم نظريات الخدمة الاجتماعية

دائما ما نجد أن هناك علاقة مضطربة بين الممارسة والنظرية في الخدمة الاجتماعية علي عكس ما هو متبع في العلوم الطبيعية ، فالمهندس حينما يصمم جسرا سوف يستخدم النظريات بطريقة منظمة واضحة ، وسوف يعرف المهندس أي النظريات سوف يستخدمها لأنها طبقت بدقة من قبل ، وهكذا الحال بالنسبة للطبيب و الكيميائي ... وغيرهم . أما في الخدمة الاجتماعية فإن نتائج البحوث تظهر أن عددا قليلا من الأخصائيين الاجتماعيين هو الذي يستخدم النظريات بطريقة واضحة ونظامية ، وكثيرا من الأخصائيين لا يترجم أفكاره النظرية المختارة إلى أبنية معرفية يمكن أن يستخدمها في التطبيق .

ويرجع السبب في ذلك إلى ضحالة برامج التدريب بكل عناصرها علي مساعدة الطلاب علي تفسير وعلاج السلوك الإنساني في بيئته الطبيعية أو الصناعية (المؤسسات) من خلال تلك البنية المعرفية التي تشكلت منها عقولهم داخل قاعات الدرس .

وفي ضوء ذلك تظهر نتائج الدراسة التي أجراها مجلس تعليم وتدريب الخدمة الاجتماعية Ccetsw ، والذي تناولت التعليم والممارسة أظهرت وجود صعوبات بالغة لبناء قنوات وروابط قوية بين النظرية والممارسة ويقول التقرير الصادر عن المجلس علي الرغم من أن النظرية والممارسة هما العنصرين الأساسيين في تدريب الخدمة الاجتماعية فإن تحقيق التكامل بين العنصرين يظل مشكلة معقدة ، ورغم ذلك فإن المجلس يؤكد علي أهمية المحاضرات ، السيمنيارات ، وورش العمل لتناقش إلى أي مدي تذهب النظرية وكيف يمكن استخدامها في الممارسة .

كما يركز المجلس المذكور أيضا علي أهمية برامج التدريب المنهجي المنظم الذي يحقق توقعاتنا من أخصائيين اجتماعيين مؤهلين قادرين علي تشكيل قواعد للفهم تعكس وتحلل وتنقل وتقييم معارفنا النظرية حينما توضع علي محك الاختبار في الممارسة الفعلية .

فضلا علي قدرة هؤلاء الأخصائيون علي تقديم تفسيرات متكاملة و مشمولة وذات نطاق واسع لكيفية استدماج الممارسة في الفكر النظري للخدمة الاجتماعية .

لقد أوضحت دراسة " بارسلو Parsloe " وستيفنسون Stevenson والتي أجريت علي (٣١) من فرق الخدمات الاجتماعية أن الأخصائيين الاجتماعيين ليس لهم منهج نظري واضح ، ويدلك علي ذلك أحد الأخصائيين الخبراء بقولة إذا سألتني هنا والآن ما هي النظرية التي تسترشد بها في عملك ، سوف أقول لك ليس لدي دليل علي أنني امتلك نظرية للممارسة ولكن لدي أفكار متأثرة بنظرية ما .

و تلخص لنا سيكير Secker ١٩٩٣ ــ من خلال دراستها التي أجرتها علي طلاب الخدمة الاجتماعية ــ كيف نستخدم نظريات الخدمة الاجتماعية ، و ذلك في ضوء ثلاث أنماط رئيسية هي :

١ ـ اليوم الاجتماعي Day Social

٢ ـ التجزيء Fragmented

٣ ـ التدفق Fluent

و تصف " سيكير " تلك الأنماط السابقة علي النحو التالي :

ـ المدخل الاجتماعي الذي يصلح لكل يوم تدريبي هو مدخل محدد بصفة عامة ويتحدد بنقط بداية التدريب حيث يركز الطلاب علي معرفة مشتقة من حياتهم الشخصية اليومية ، وتكون نقطة البداية هي الاتصال بالعميل ، وينصب التركيز علي بناء علاقة حارة تقوم علي الصداقة مع عملائنا ، ويحاول الطالب أن يظهر للعميل اتجاها إيجابيا وليس نقديا .

وتأتي عملية جمع المعلومات في مرحلة تالية ، ونأمل أن تتم في ظل المحادثات ، الاعتيادية أكثر من المقابلات المكتبية ، في ضوء ذلك المنظور فإن العملاء يعرضون الحقائق المرتبطة بمشكلاتهم بشكل صريح ، ولكن بعيدا عن الاستكشاف أو التفسير .

هذا المدخل الذي يقوم علي الصداقة ، واللاتساؤل ، والذي يساعد العميل علي التعبير عن اعتقاداته الخاطئة أو سوء توافقه يميل إلى تحقيق أكبر قدر من الاتصال بالعميل ، وعن طريق هذا المدخل غير الموجه نجح الطلاب في مساعدة العملاء معتمدين علي قدرات العملاء الخاصة في تعريف وتحديد مشكلاتهم .

ـ أما النمط الثاني (مدخل التجزيئ) استخدمه الطلاب عندما حدث تصارع بين معارفهم اليومية ، وتلك النظريات التي تعلموها وتجعلهم غير قادرين علي التحقق من كيفية التعامل مع العميل ، حيث واجه الطلاب صعوبة الانتقال من مفهوم لآخر ، ففي إحدى المقابلات يجد الأخصائي نفسه مطالبا ببناء علاقة مهنية تشكل حجر الزاوية لعملية المساعدة ، وفي نفس الوقت ينبغي أن يحصل علي المعلومات المطلوبة وفقا لنظرية خاصة ، ومن هنا يجد الأخصائي صعوبة في تحقيق التوافق بين المهمتين ، وتتطلب المهمة الأولى أن يكتسب الأخصائيون المهارات الاجتماعية .

بينما تتطلب المهمة الثانية أن يسترشد الأخصائي بمدخل يوجهه لطبيعة المناطق التي ينبغي أن يركز عليها المناقشة كي يحصل علي المعلومات المطلوبة ، وقد وجدت " سيكير " أن الطلاب تعاملوا مع هذه الصعوبة من خلال جعل أحد المهام أساسية والأخرى ثانوية ، بمعني أن يحاولوا زيادة فهمهم لمشكلات العملاء وسلوكياتهم من خلال العودة إلى الأطر النظرية ، ولكن خارج إطار المقابلة .

وهنا نستخدم النظرية كوصف للممارسة قبل حدوثها ، ويبدأون المقابلة من خلال آجندة عمل تشتمل علي نقاط مختلفة ، ولكن مع تركيز انتباههم علي كيفيه حدوث التفاعلات وهم بذلك يدخلون المقابلة ولديهم تفسيراتهم النظرية لمشكلات العملاء ، ولكنهم يطبقونها بطريقة غير انتقادية .

ـ النمط الثالث (التدفق) وهو قدرة الأخصائيين علي تحقيق التكامل بين المعرفة ذات المصادر المختلفة مع القدرة علي استخدام حرية الممارسة والفكر النظري في العمل المباشر مع العملاء ، وهنا تستخدم الأطر النظرية المتكاملة كمرشد لجمع وتفسير المعلومات .

ووفقا لهذا النمط يؤكد الأخصائيون علي أهمية التقدير فضلا عن التحري من صدق النظرية في ضوء المعلومات التي ترتبط بالموقف الذي تتم دراستـــــه . ومن الضروري وفقا لذلك أن يصبح الأخصائيون قادرين علي تشكيل وتكييف أفكارهم النظرية آخذين في الحسبان الظروف الخاصة لهؤلاء البشر الذين يتعاملون معهم .

ومن خلال مدخل التدفق تنمو الأفكار الابتكارية لدي الأخصائيين ، وتتشكل لديهم أفكار خاصة بالممارسة تحدد لهم تفسيرات المشكلة ، خطط العمل التي تساهم في حل المشكلات ، ويمكنهم أيضا مناقشة تلك الأفكار مع عملائهـــم وإتاحة الفرصة للعملاء لمناقشة تلك الأفكار بحرية كي يساهموا في تحقيق شكل من أشكال الصدق التجريبي لها .

وقد يحقق ذلك مستقبلا الأساس الفلسفي الذي تتشكل منه معارف حقيقية للخدمة الاجتماعية .

وفي الختام فإن هناك عددا من التساؤلات التي ينبغي علي الأخصائي الاجتماعي أن يسألها لنفسه قبل أن يتخذ القرار بشأن أي النظريات التي تصلح للموقف الذي يتعامل معه وهي :

- ما هي بؤرة التركيز الأساسية للنظرية ؟ وما درجة مناسبتها للموقف ؟
- إلي أي مستوي يمكن تطبيق النظرية مع النسق ؟
- هل تطبيق النظرية يتسع ليشمل كل المواقف أم أنها لا تصلح إلا لتطبيق ضيق مع حالات خاصة ؟
- هل النظرية تدعم فهم الأخصائي الاجتماعي للسلوك الإنساني أم أنها مرشد يوجه جهود الأخصائي لأنشطة التغيير ؟
- ما هي نتائج البحوث التي تدعم النظرية ؟ وهل عينات هذه البحوث تقبل التعميم أم أنها تخص شرائح محددة من السكان ؟
- هل تتفق النظرية مع الأساس المهني للخدمة الاجتماعية ؟
- ما هي الافتراضات التي تقوم عليها النظرية حول العميل والتي تشتمل علي قوته وخبرته ، وأدواره ؟

مراجع الفصل الأول

1-- Ronda S . Connaway & Martha E . Gentry : Socialwork Practice . New Jersey , Prentic Hall , 1988 .

2-- Goldstein , Eda : Knowledge Base of Clinical Social Work . Social Work . 25 (3) , 1980 .

3-- Rosenblatt, Aaron & Waldfogel, Diana (eds) : Handbook of Clinical Social Work . San Francisco, Jossey- Bass Publishers, 1983 .

4-- Turner, Frances J . Social Work Treat ment . Interlocking Theoretical Approach . New york, The free Press, 1979 .

5-- Jayaratne, Srinika . Astudy of clinical Eclecticism . Social Service Review 52 (4), 1983 .

6-- Lurie, Abraham . Clinical Social Work Contribution to Social Work . Work In Patricia L . Ewalt (ed) . Toward adefinition of Clinical Social Washington, D . c . National association of Social Workers, 1980 .

7-- Davies, M . The essential Social Workers. 3 rd end , Aldershot, Arena, 1994 .

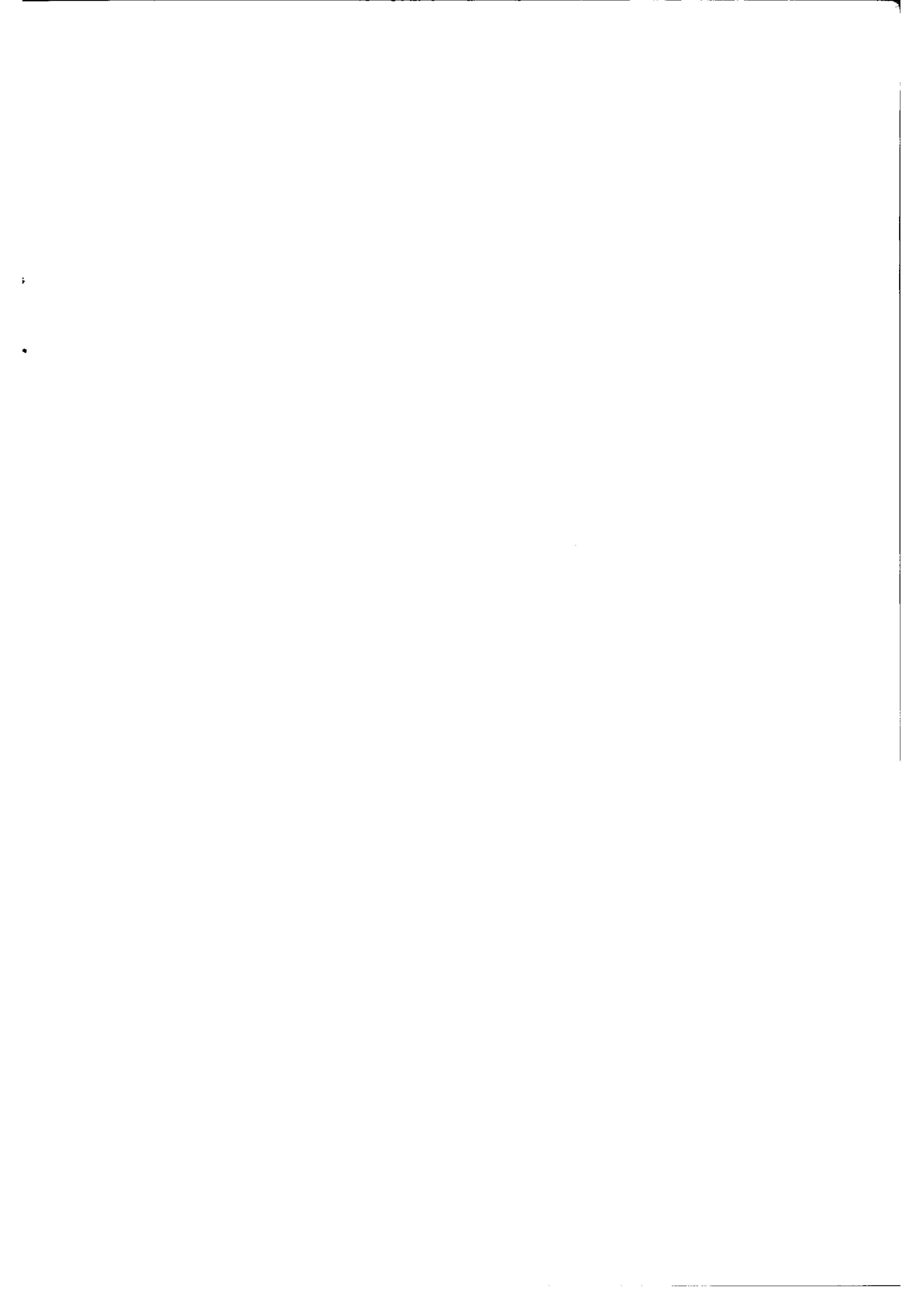
8-- CCETSW . *The Reguirements for the Post Qualifying Education and Training in The Personal Social Services* . London, CCETSW, Paper 31, 1994 .

9-- How, D . *An Lnyroduction to Social WorkTheory* . Community Care Peactice, Handbooks, Aldershot, Arena, 1987 .

10- Payne, M . *Modern Social Work Theory* . Acritical Introduction, London, Macmillan, 1991 .

11- Sheldon, B . *Social Work effectiveness Research* . Howard Journal of Crimninal Justice, 33 (3), 1994 .

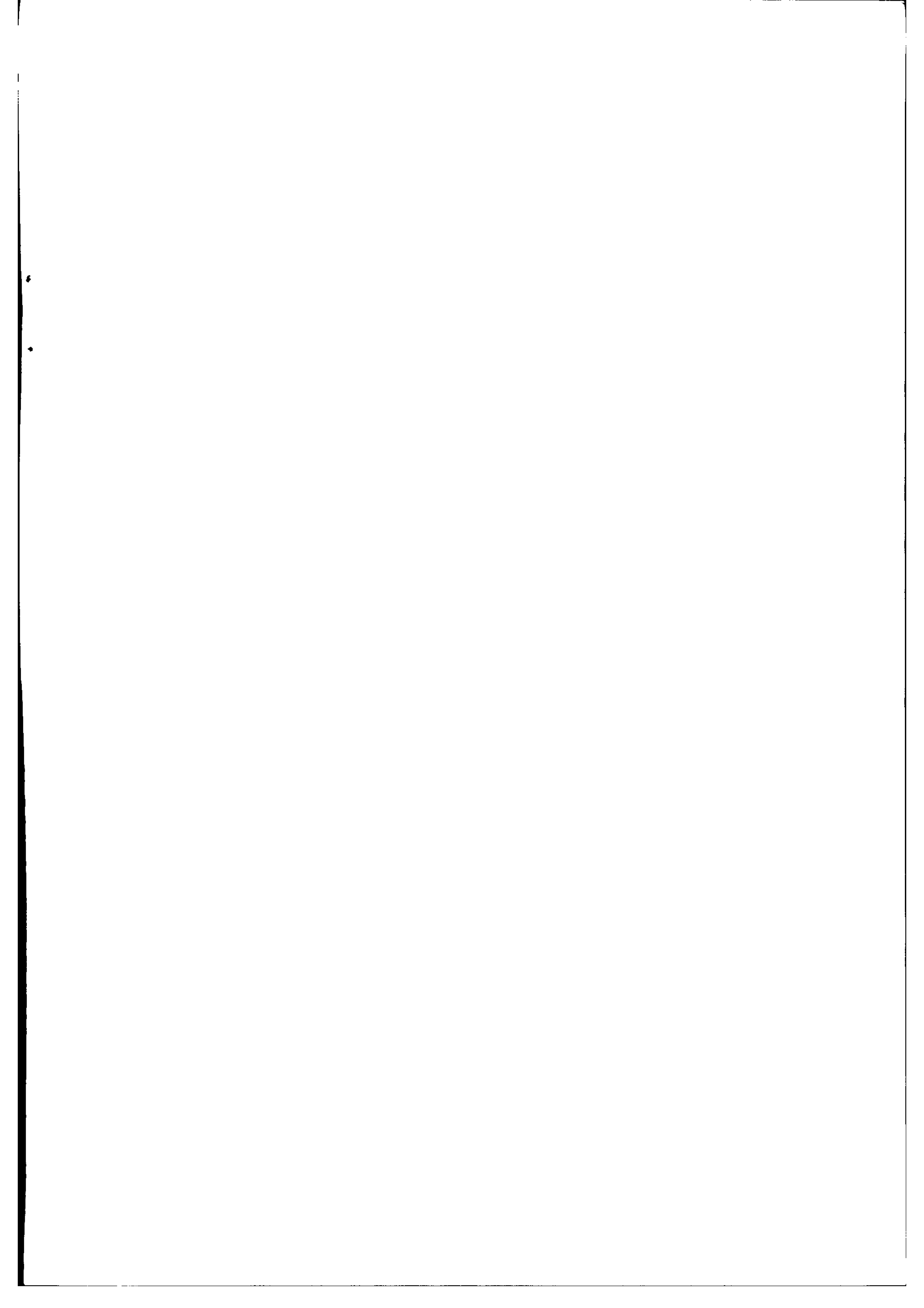
12- Secker, J . *From Theory to Practice in Social Work* . The development of Social Work Students, Practice, Aldershot, Avebury, 1993 .



الفصل الثاني

العلاج الأسرى

- مقدمة في نشأة و ظهور العلاج الأسري .
- العلاج الأسرى كمدخل .
- البناء المعرفي للمعالج الأسري .
- مراحل العلاج الأسري .
- استراتيجيات العلاج الأسري .
- تكنيكيات العلاج الأسري .



مقدمة عن نشأة وظهور العلاج الأسري

إن مساعدة الأسرة يعتبر أحد الوظائف الرئيسية للخدمة الاجتماعية منذ بدء المهنة ويوضح ذلك سيبورين Siporin حينما قدم أفكارا عن العمل مع الأسر وارتكزت في محتواها علي نظرية ممارسة الخدمة الاجتماعية في شكلها المبكر ، والتي ظهرت في مطلع القرن العشرين في أعمال جوزفين لويل J.Lowell وماري ريتشموند M.Richmond زيكفاسيميث Z.Smith وآخرين ومنذ ذلك الوقت بدء الأخصائيون الاجتماعيون يتعاملون مع الأسرة كوحدة وذلك لرؤية أعضاء الأسرة معا . هذا فضلا عن تركيز الانتباه علي كيفية التفاعل بين شخص وأخر داخل الأسرة .

وقد تعاظم دور الخدمة الاجتماعية في مجال التعامل مع الأسر مع ظهور وتطور الطب النفسي في العشرينات من هذا القرن والارتباط الوثيق الذي حدث بين الطب النفسي والخدمة الاجتماعية خلال تلك الحقبة . مما دعا وزاد من مسئولية الأخصائي الاجتماعي حيال الأسرة حيث كانت مسئوليات تحديد المرضي سواء كانوا أطفال في عيادات التوجيه أو راشدين في المستشفيات العقلية تقع علي عاتق الطبيب النفسي بينما يتعامل الأخصائيون الاجتماعيون مع الأسرة أو بتعبير أدق مع مناطق الخلل داخل الأسرة .

إلا أن هيمنة نظريات الطب النفسي علي أفكار الخدمة الاجتماعية خلال تلك الفترة أعاق نمو مداخل متميزة للخدمة الاجتماعية ، ومن ثم غلب علي طابع الممارسة الموجهات النظرية للمرض النفسي والتي ترتبط بمشكلات الأسرة ، وكنتيجة لذلك غلب علي الطابع العلاجي استخدام أسلوب العلاج الفردي مع أعضاء الأسرة هذا فضلا عن استخدام الأخصائيين الاجتماعين للنظريات السيكوديناميه عند التعامل مع وحدات الأسرة .

ومن ثم ظهرت حركه العلاج الأسرى والتي تطورت حتى أنها ازدهرت في الخمسينيات من هذا القرن لتقدم منظورا جديدا لممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأسر ، وقد اعتمد الأساس النظري لهذا المدخل العلاجي ، وكذلك جوهر الممارسة نفسها علي ما يسمي بالمدخل التعددي Inter disciplinary approach ذلك المدخل الذي يهتم بتحقيق التعاون والفهم المتبادل بين المهن المختلفة التي تقدم المساعدة ــ وقد ساعد علي زيادة اهتمام الأخصائيون الاجتماعيون به حتى انهم أطلقوا علي أنفسهم بعد ذلك معالجي الأسرة Family Therapists أكثر من استخدامهم للفظ أخصائيين اجتماعيين .

وقد صاحب نمو العلاج الأسرى باستخدام المدخل التعددي نموا مماثلا في مراكز التدريب علي ممارسة هذا النوع من العلاج ، كذلك البرامج والتنظيمات المهنية و معايير تأهيل المعالجين الأسريين هذا فضلا عن نشأة الدوريات العلمية الخاصة بهذا النوع من العلاج Family Therapy Journal . ولذلك فإن تطور العلاج الأسرى لم يكن يرجع لكونه مدخلا علاجيا متماسكا فحسب وإنما أيضا لكونه مدخلا علاجيا يجمع بين المداخل التنظيرية المختلفة والتي ساهمت في تحديد مضمون الأفكار الأساسية لذلك النوع من العلاج .

ويعتبر نيكولز Nichols أحد الذين قدموا لنا المحاولات الجادة في سبيل تطوير العلاج الأسرى من خلال تحديده للمبادئ الرئيسية لهذا العلاج حيث يري أن مشكلات أعضاء الأسرة كأفراد تتطلب فهما جيدا لكيفية استيعاب الأسرة لهذه المشكلات كنسق كلي ، وفي الحقيقة فإن مثل هذه المشكلات ينظر أليها جيدا علي أنها أعراض لسوء التوظيف النسقي داخل الأسرة أو أنها اختلال نسقي في الوظائف الأسرية .

ومع أن ظهور العلاج الأسرى أحدث تطورا هائلا في ممارسه الخدمة الاجتماعية إلا أنه تولد عنه بعض الانتقادات التي وجهت لنظرية الخدمة الاجتماعية وممارستها مثل ما حدث تماما بالنسبة لحركة التحليل النفسي . حيث حول بشده اهتمام الأخصائيين الاجتماعيين للتركيز علي العمليات النفسية الداخلية أكثر من تركيز الاهتمام علي العوامل الدينامية الأخرى التي لها علاقة بطبيعة المشكلة .

كذلك وجه العلاج الأسرى الأنظار إلى ضرورة الاهتمام فقط بديناميكية الأسرة وقد ترتب علي ذلك الاهتمام بدور الأسرة في صياغة المشكلات والعمل علي استمراريتها دون أن يكون هناك اهتمام مماثل بدور الوحدات الأخرى كالفرد والبيئة.

وعلي الرغم من اعتراف المعالجين الأسريين بأهمية أداء الفرد داخل الأسرة إلا أنهم لم يرحبوا بفكرة العلاقات العلاجية المنفردة One-to-one في ضوء استخدامهم للعلاج الأسرى مما ساعد علي ضعف العلاقة بين المداخل الأسرية والمداخل الفردية ، ولذلك حاول بنسوف Pinsof أن يطور نماذج علاجية تقوم علي تحقيق التكامل بين العلاج الأسرى والعلاج الفردي حيث أنه لاحظ في ضوء تحليله التاريخي للعلاجات النفسية الأسرية الفردية أنها تعتمد علي تبادل المفاهيم وكذلك تعتمد علي تبادل الوسائل العلاجية .

ولذلك فقد أوضح أن المشكلات قد تكون نتيجة للتفاعل بين أعضاء الأسرة كأفراد أو بينهم وبين البيئة الأكبر والتي تشكل أنساقا خارج دائرة الأسرة .

ولهذا فإن النسق الأسرى قد يلعب دورا فرعيا وقد يكون دورة هو العامل الحاسم في خلق المشكلات والأمثلة الدالة علي ذلك المشكلات المدرسية التي يمكن حلها والتعامل الجيد معها عن طريق التدخل الذي يرتكز علي التعامل مع الطفل والنسق المدرسي فقط .

ولذلك فإن معظم المشكلات الأسرية هي نتيجة لتشابك عوامل معقدة بين الفرد وديناميكيات الأسرة والعوامل البيئية فعلي سبيل المثال فإن مشكلة بطالة الزوج قد يترتب عليها توتر في العلاقات الزوجية تؤدي بدورها إلى إدمان الزوج للكحوليات أو غيرها ، ومن ثم فإن حل المشكلة يتطلب أولا أتاحه الفرصة للزوج كي يحصل علي وظيفة مناسبة .

ولقد دفع ذلك عددا من المتخصصين والعلماء لتطوير المداخل النظرية للعلاج الأسرى كي تتفادى الانتقادات السابقة ومن أمثلة هؤلاء ماير Meyer التي حاولت البحث عن إطار متماسك لممارسة الخدمة الاجتماعية ، ومن ثم دافعت عن استخدام منظور الأنساق البيئية الذي يوجه انتباه الأخصائي الاجتماعي للتركيز علي العلاقة بين الشخص والموقف في ضوء ديناميات ومتغيرات خاصة بها وفي ضوء وجهه نظر ماير فإن الممارس يختار نموذج الممارسة وفقا لما تحدده عوامل التفاعل الداخلية بين الشخص والموقف.

ويمكن لنا أن تستنتج مما تقدم ما يلي :

١ ــ أن الخدمة الاجتماعية منذ نشأتها ومنذ ظهور أول طريقة لها وهي ــ طريقه خدمه الفرد ظلت تمارس في إطار نفسي بحت بالاعتماد علي نظريات التحليل النفسي والنظريات السيكوديناميه وذلك باستثناء نظرية التشخيص الاجتماعي التي أسستها ماري ريتشموند حتى الأربعينيات من القرن العشرين .

٢ ـ خلال تلك الحقبة كانت الممارسة قائمة علي استخدام أساليب العلاج الفردي المختلفة ومن ثم كان الفرد فقط هو وحدة التعامل الأساسية لطريق خدمة الفرد وأن كانت الأسرة تدخل في العلاج كوحدة مساعده .

٣ ـ خلفت الحرب العالمية الثانية علي وجه الخصوص عددا من المشـكلات والاضطرابات النفسية التي كان يتم علاجها في ضوء استخدام الأسرة كوسيط لتحقيق أهداف العلاج .

٤ ـ بدأت في الظهور سلسلة من الدراسات والبحوث التي جعلت من الأسرة محور اهتمامها .سواء في عملية التنشئة الاجتماعية أو في التعرف علي دور الأسرة في خلق المشكلات للأفراد .

٥ ــ وجهـت نـتائج هـذه الـبحوث والدراسـات اهـتمام علمـاء الخدمـة الاجتماعـية أمـثـال (Minuchin , Salvador) ، (Haly,Jay) ، (Bell,J) وغيرهم إلى أهمية الأسرة في علاج مشكلات الأفراد ومن ثم جعلوا من الأسرة وحدة أساسية في العامل العلاجي وقد نشطت حركة هؤلاء الرواد مع مطلع الخمسينيات من القرن الحالي .

٦ ـ أصبح العلاج الأسرى منذ ذلك الوقت وحتى ألان يمثل إضافة جديدة في البناء المعرفـي للخدمة الاجتماعيـــة ولازالت محاولات تطويره قائمة ومستمرة ولازالت مداخله متعددة .

* مد خل العلاج الأسرى :

قد ينظر البعض للعلاج الأسرى على انه مد خل للعلاج قائم بذاتـــه لـه أساليبه وتكنيكاته الخاصة شأنه في ذلك شان أنواع العلاجات الأخرى .

ولكن حقيقة الأمر تشير إلي إن العلاج الأسرى له مداخل متعددة للعلاج تعتمد على ضرورة فهم ديناميكيات الأسرة بالإضافة إلي أن العلاج الأسرى يعتمد على أطر تنظيرية علاجية مختلفة يمكن تصنيفها إلي أربعة نماذج رئيسية تتمثل فيما يلي

أ- نماذج التحليل النفسي psychanalytic Models

ب- النماذج البنائية Structural Models

ج- النماذج الاستراتيجية Strategic Models

د- النماذج السلوكية Behavioural Models

وسوف نتناول توضيح كل من هذه النماذج بشكل موجز على النحو التالي :

أ ـ نماذج التحليل النفسي :

وهى تركز كما أوضح بوكس Box وآخرون على عوامل تاريخية Historical Factors كما أنها تتركز على الصراعات الداخلية آلتي تجد سبيلا للحل وآلتي نشأت في الماضي لتستمر مع الأفراد حتى يصبحوا أعضاء في اسر ويكون لها انعكاساتها السلبية على مواقفهم الحالية وقد تفوق كثير من المعالجين الأسريين الذين استخدموا تلك النماذج أمثال Robin ، Skynner ، Nathan ، Ackerman ، Christopher Dare .

وعلي سبيل المثال خرج Nathan عن مفهوم الطب النفسي التقليدي للأطفال من خلال توصله إلى أن أعصاب الطفل يمثل نسقا متشابكا لصراعات الأسرة ولذلك حول مدخل السيكوديناميات الفردية إلى سيكوديناميات أسرية .

هذا فضلا عن اسلوبة المتميز في المقابلات التي كان يقوم بها ويستخدم من خلالها التداعي الحر والتعليقات المثيرة والتفسير كي يحد من مستوي اللاشعور الذي تعمل من خلاله الأسرة .

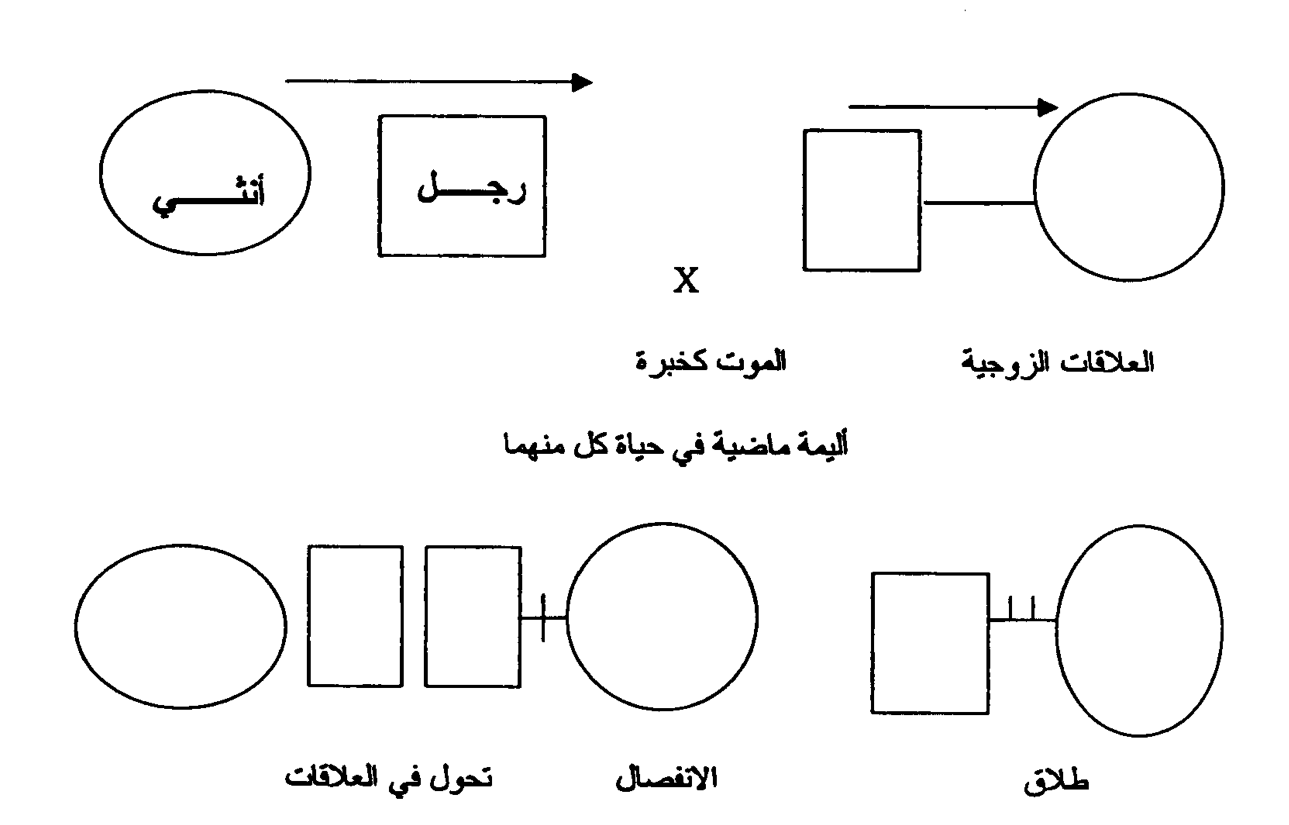
إن دور المعالج الذي يطبق النموذج السيكوديناميي هو كشف الغطاء عن القوي اللاشعورية التي تشوه العلاقات وهو يستخدم المادة التاريخية المتعلقة بالخبرات السابقة لأفراد الأسرة .

ولعل دور المعالج باستخدام تلك النماذج يقوم علي تقديم التفسيرات والتبريرات المقنعة لأفراد ولأعضاء الأسرة التي توضح كيف يشعر كل عضو من أعضاء الأسرة تجاه الآخر . هذا بالإضافة إلى محاولات المعالج المستمرة لتقليل وتخفيف حدة الأعراض المرضية التي يكون منشؤها الصراع وعوامل تاريخية ترجع إلى الماضي ، ومن أمثله المشكلات التي أستخدم فيها العلاج الأسرى بالاعتماد علي نماذج التحليل النفسي : مشكلات النزاعات الزوجية والتي يصبح الأطفال ضحية لها ، والأداة التشخيصية المناسبة التي يمكن استخدامها مع تلك الحالات هي تلك التي تسمى الجينوجرام الأسرى Family Genogram والتي توضح طبيعة العلاقات بين الزوجين وتأثيراتها السلبية علي الأبناء كما يمكن استخدام قائمة التعبير عن الروابط الانفعالية لتوضيح شكل المساحة وطبيعة العلاقة بين الزوجين .

والجينوجرام هو رسم بياني يستخدم في العلاج الأسرى لوصف العلاقات ألا سريه الممتدة عبر ثلاثة أجيال علي الأقل ، الرسم يستخدم دوائر للإناث ومربعات للذكور مع خطوط أفقية تشير إلي الزيجات وخطوط راسية تشتق من خطوط الزواج إلى دوائر ومربعات أخرى لوصف الأطفال .

أن الرسم البياني قد يتضمن رموزا أخري أو إيضاحات مكتوبة للإشارة إلى الأحداث الهامة و الحاسمة مثل الموت ، الطلاق أو الزواج مرة أخرى وذلك لإظهار أنماط السلوك الجديدة والتي حدثت في الأسرة .

ويوضح الشكل التالي رموز جينوجرام الأسرة وكيفية استخدامه في تفسير أو استنباط مستقبل العلاقات بين الزوجين في ضوء هذا الجينوجرام .



ب ـ النماذج البنائية :

.ويبدأ أستخدام هذه النماذج من حيث تكون الاسرة Where Family is Start ومن ثم فإن هذه النماذج تعتمد علي التحولات الراهنة في حياة الاسرة وليس عوامل الماضي كما هو الحال في نماذج التحليل النفسي ، ومن ثم فإن النماذج البنائية تعتمد علي تأثير الاحداث وهي ايضا لا تغفل دور التعليم المبكر في حياة الاسرة وأثرة علي خلق المشكلات الراهنة . ومن رواد هذة النماذج سيلفادور مينوشن S.Minuchin في الولايات المتحدة الأمريكية ولقد تعامل أساسا مع الاولاد المنحرفين في المؤسسات الايداعية وكان من قلائل المعالجين الاسريين الذين يتعاملون مع الاسرة الفقيرة ومن اجل فهم مشكلاتهم وإعدادهم للاعتماد علي النفس فقد ركز علي العلاج الاسري .

إن المدخل البنائي للعلاج الاسري و الذي تطور من خلال العمل مع هذه الاسر أكد ضرورة تعريف الحدود الواضحة للاسرة ، التحالفات التي تحدث داخلها ، المهام المرتبطة مباشرة بتحسين التوظيف الاسري .

ويعتبر إحداث التغيير في طريقة معاملة أعضاء الاسرة كل منهم للاخر إعتمادا علي ما يتضمنة الموقف الحاضر في الجلسة العلاجية هو أحد محاور جهود التغير التي تعتمد عليها النماذج البنائية حيث يحاول الاخصائي تعليم النسق تدريجيا من وقت لاخر كي يعتمد النسق الاسري علي نفسة .

إن الهدف من هذا العلاج هو اعادة بناء وتنظيم العلاقات الاسرية وهذا يصاحبه تغيير تنظيم الاسرة من خلال تعديل الحدود والتنظيمات وقوي التحالف في الاسرة .

و يكون المعالج نشطا وهادفا ويتعامل مع التحالفات ذات المغزي في التعاملات الاسرية ومع الاتحادات التي من شأنها إحداث عدم التوازن في الاسرة من أجل خلق إتحادات وحدود جديدة تعمل بشكل أكثر فاعلية .

ج ـ النماذج الاستراتيجية :

وهي ترتكز علي الزمن الحاضر أيضا وتقوم إفتراضاتها علي أن المشكلات الراهنة أو أعراضها يمكن أن تختفي نتيجة للتفاعل المتكرر المستمر بين أعضاء الاسرة ولا تعتمد علي الاحداث التاريخية أو الصراعات اللاشعورية التي تحدد السلوك ، ومن ثم فأن اليات الاتصال وبناء مكونات ذهنية جيدة تعتبر هي الاستراتيجيات الاساسية التي تقدم للأسرة تفسيرات وإيضاحات جيدة لكيفية مقاومة ما يواجهها من صعوبات و تعتمد الطرق الفعالة للنماذج الاستراتيجية علي إستخدام فكرة الوقت المحدد Time-Limite.

وتوجد مدارس متعددة للعلاج الاستراتيجى منها

أ ـ علاج حل المشكلة Problem Solving therapy

قدم هذا العلاج بواسطة Cloe Madones and Jay Haley فى معهد بحوث العلاج العقلى وقد تطور بعد ذلك بواسطة Richard Fisch and Paul Watzlawick.

ب- العلاج التناقضى Paradoxical therapy

يوجد لهذا العلاج العديد من المدافعين ويشمل ذلك Mara Palazzoli فى ايطاليا Paggy Papp فى نيويورك . حيث ان العلاج التناقضى استخدم فى العادة مع الاسر الاكثر جمودا ومقاومة .

وكذلك مع تلك الأسر التى لم تستجب للمداخل التقليدية الاخرى للعلاج الاسرى . بينما علاج حل المشكلة لم يكن قاصرا فقط على الاسر التى تعانى من جمود سوء التوظيف . ان المعالجين الاستراتيجين مهتمون باستخدام النظرية والوسائل التداخلية المحدثة للتغير ووضع خطط استراتيجيات التدخل يتم من خلال مساعدة المعالج او فريق استشارى.

وبالتالى فان البرجماتيةPargamation هي ضروريه للعلاج الاستراتيجي أي ربط العلاج بالجوانب العلمية والواقعية التي يمكن تحقيقها ، ومن اكثر التكنيكات العلاجية المستخدمة هي الوصف Prescriping ، الكبح (التقيد) Restraining، إعادة التشكيل Reforming فوصف الأعراض يشير إلى التعليمات والإشارات التي تندمج فيها الأسرة لكل سلوك يهدف العلاج بالقضاء علية . أما التقيد ففيه لا يشجع المعالج التغير بل يعتبر انه مغامرة خطيرة بسبب العواقب التي قد تترتب علية والتي قد تكون غير مأمونة ، إما إعادة الصياغة فإنها تشير إلى الجهود العلاجية التي تحدد سلسلة من السلوكيات بشكل مقبول تحدث في ضوء الجوانب الإيجابية لهذا العلاج .

د ـ النماذج السلوكية :

وترتكز هي الأخرى علي ما يحدث في الوقت الحاضر في ضوء اهتمامها بالعوامل البيئية والشخصية والتي تكافئ أو تحافظ علي أنماط السلوك ، وبصفة عامة فإن معالجي الأزواج Marital therapists يعملـــون علـــي مستوي العلاقـــة بين الزوجين أكثر من العمل علـــي المستوي الفردي ، ومن ثم ترتكز أهداف النماذج السلوكية علي بناء مهارات الاتصال و تحقيق الرضا الإشباع الزواجي وكذلك الاهتمام بمهارات التفاوض ومهارات التأكيد Assertiveness هذا بالإضافة إلى الاهتمام بممارسة بعض الأنشطة السلوكية بين المقابلات ، وتنفيذ المهام المنزلية Home work tasks ، وينظر إلى السلوك المشكل هنا علي انه نتيجة لتعلم خاطئ .

ولذلك فان العلاج وفقا للنماذج السلوكية يقوم علي تعليم الأزواج سلوكيات جديدة ومختلفة داخل الجلسة العلاجية وفي إطار مشترك ويكون دور الأخصائي في الجلسة العلاجية هو دور المدرب وأيضا كنموذج وكمفاوض لتحقيق عملية التعاقد . ومن رواد النماذج السلوكية القائمة علي استخدام العلاج الأسرى ليبرمان R.Libermen وميشيل كرو M.Crow وجون جوتمان J.Gotman

وقد حاول ميشيل كرو بصفة خاصة أن يبني نموذجا علاجيا جديدا يحقق التوافق والتكامل بين النماذج الأربعة السابقة ، ويشتمل علي عناصر مشتركة من كل منهم ، ولذلك فقد استخدم " كرو " التكنيكات الاستراتيجية والبنائية يتضمنها نموذج العلاج الزواجي السلوكي .

كما يعتمد استخدام المداخل السلوكية في علاج مشكلات الأسر والأزواج علي استخدام المبدأ الرئيسي لعملية التعلم والتدعيم الاجتماعي وذلك لإحلال السلوك التكيفي المرغوب محل السلوك اللاتكيفي وتعتبر تلك المهمة مسئولية المعالج بالتضامن مع الأسرة أو الزوجين لتحديد :

أ ــ السلوك اللاتكيفي Maladapitive Behavior .

ب ــ اختيار وتحديد أهداف بديلة تتضمن السلوكيات اللاتكيفية .

ج ــ توجيه وإرشاد الأسرة لتغيير احتمالات نماذج التدعيم الاجتماعي المرتبطة بالسلوك اللاتكيفي إلى أن تتوافق مع السلوكيات التكيفية المرغوبة .

كما أن هناك أسلوب آخر لعملية التعلم يساعد في نجاح العلاج السلوكي الأسرى وهو أسلوب النمذجة أو الاقتداء Modeling ويحقق مبدأ النمذجة هدفه حينما يكون النموذج شخصي يحظى بتقدير الآخرين ، وحينما يتلقى النموذج تدعيما اجتماعيا للسلوكيات المرغوبة كالاستحسان والشكر وغيرها .

كما أن مبدأ النمذجه يحقق هدفه أيضا عندما يقوم علي استخدام عملية التعلم بالملاحظة وهناك ثلاثة خطوط رئيسية لتطبيق النظرية السلوكية في العلاج الأسرى وهي :

١ – القدرة علي بناء اتحاد علاجي ايجابي .

٢ – التحليل السلوكي الجيد للمشكلة .

٣ – إعداد وتجهيز التكنيكات السلوكيـــة (التدعيم الاجتماعي والنمذجة) وربطها بالتفاعلات الشخصية المستمرة داخل سياق النسق الأسرى .

وأثناء الجلسات الأولى يحاول المعالج بناء العلاقة المهنية العلاجية وأيضا يحاول القيام بعملية التشخيص باستخدام مدخل التعلم في العلاج الأسرى ، والذي يطلق علية التحليل الوظيفي أو التحليل السلوكي للمشكلات Behavioral or Functional Analysis ولكي يقوم المعالج بعملية التحليل السلوكي هذه فإنها تتم في ضوء التعاون مع الأسرة بحيث يسال المعالج سؤالين رئيسيين هما :

١ – ما هي التغييرات التي تود أن تراها في الآخرين من أعضاء الأسرة ؟

٢ – وكيف يمكن آن تختلف عن الوضع الذي تعرفه ؟

ولعل الإجابة علي هذه التساؤلات تتيح للمعالج فرصه اختيار وتحديد الأهداف السلوكية بدقة .

* البناء المعرفي للمعالج الأسري:

إذا كان العلاج الأسرى له مداخل مختلفة يعتمد عليها فان كل مدخل يعتمد علي استراتيجيات وتكنيكيات محددة ، والمعالج الذي يستخدم آيا من هذه المداخل ينبغي آن يكون ملما إلماما كافيا بفلسفة المدخل العلاجي وأهدافه وطرق تطبيقه .

هذا بالإضافة إلى ضرورة أن يكون لدي المعالج الذي يعمل مع الأسر أو الأزواج بناء معرفي يتيح له فهم الأسرة وتفسير طبيعة العلاقات بينها وآثرها علي خلق المشكلة ، وكذلك يتيح له فهم ديناميكيات الأسرة من خلال النظر إلى الأسرة كوحدة شمولية ومن خلال النظر إلى أجزائها الفرعية في ضوء تأثرها بتلك الوحدة الشمولية .

وتجمع الكتابات والمؤلفات التي تناولت موضوع العلاج الأسرى علي أهمية أن يكون لدي المعالج خلفية معرفية عن عمليات الاتصال داخل الأسرة وأنواعها حتى يمكن للمعالج أن يفسر حدوث المشكلات في إطار ما يسمي بالاتصال الأسرى ، كما تجمع علي ضرورة فهمة للأسرة كوحدة وكمجموعة أجزاء في إطار ما تتيحه نظرية الأنساق من معلومات تتعلق بهذا الغرض ، ولهذا تعتبر نظريتي الاتصال و الأنساق هما الركيزتان الأساسيتان التي يعتمد عليهما البناء المعرفي العام للمعالج الأسرى ، هذا فضلا عن البناء المعرفي الخاص الذي يتعلق بطبيعة المدخل ذاته .

وفيما يلي نتناول كلا من هاتين النظريتين بشيء من التفصيل :

أولا ــ نظرية الاتصال و علاقتها بالعلاج الأسرى :

أن نظرية الاتصال لا تعتبر نظرية مستقلة بذاتها ولكن يمكن اعتبارها مدخلا يغطي عدد من جوانب الدراسة والتي تتعلق بعضها بدراسة طرق المعلومات و مصادرها ، ويتعلق البعض الآخر بدراسة تأثير تلك المعلومات علي الأنساق الميكانيكية و الأنساق الإنسانية ، وتأتي أهمية نظرية الاتصال في الخدمة الاجتماعية في أنها تفسر كيف يتأثر الناس بالمعلومات التي تأتى من بينهم وتأتي من بيناتهم الاجتماعية كما أنها تشرح وتفسر كيف يتصل الناس وكيف يتبادلون المعلومات .

ولكن دراسة كيفية تأثير المعلومات المتاحة علي الأداء الإنساني عملية قديمة وليست مصاحبة لظهور نظرية الاتصال ، والدليل علي ذلك أن علماء المدرسة السلوكية والعلماء الاجتماعيين حاولوا دراسة العمليات المعرفية عند الإنسان والتي في ضوءها تصدر منهم الاستجابة الوسيطة ، ولذلك حاول هؤلاء العلماء فهم إدراك الناس للمعلومات في إطار مشاعرهم الخاصة و أفكارهم و ذاكرتهم وإحساسهم المادي و إدراكهم للبيئة نفسها ، وحاولوا أيضا فهم كيفية تقييم الناس لهذه المعلومات وكيف يتصرفون وفقا لذلك .

* مفاهيم رئيسية في نظرية الاتصال :

تعتمد نظرية الاتصال علي عدد من المفاهيم والتي تشكل ما يمكن أن نطلق علية مربع الاتصال وتتمثل هذه المفاهيم في :

أ ـــ المرسل وهو الهيئة أو الفرد الذي يود التأثير في الآخرين ليشاركوه أفكاره واحساساته واتجاهات معينة وقد تكون هذه الأفكار أو الاحساسات من ابتكار المرسل نفسه أو من ابتكار غيرة ، وبالتالي فهو مصدر الرسالة أو النقطة التي تبدأ عندها عملية الاتصال .

ب ـــ المستقبل وهو الفرد أو الجماهير التي يوجه أليها المرسل رسالته ويقوم هذا الفرد بحل رمزها بغية التوصل إلى تفسير محتوياتها وفهم معناها ، وينعكس ذلك في أنماط السلوك المختلفة التي يقوم بها .

ج ـــ الرسالة وهي الأفكار و المفاهيم والاحساسات والاتجاهات التي يرغب في إشراك الآخرين فيها أو بمعني آخر نقلها إلى الأطراف المختلفة .

د ـــ الوسيلة هي المنهج الذي تنقل به الرسالة من المرسل إلى المستقبل أو القناة التي تمر من خلالها الرسالة بين المرسل والمستقبل فاللغة اللفظيـــة والإشارات والحركات والصور والتماثيل والسينما كلها وسائل لنقل الرسالة .

وقد تنشأ المشكلات الأسرية أو الزوجية نتيجة لتعرض الرسائل المتبادلة لبعض المعوقات من بينها :

١ ـــ إعاقة أحد أطراف الاتصال مما يؤثر علي استكمال دائرة الاتصال .

٢ ـــ عوامل السن والزمن والمواقف والخبرات لكل من المرسل والمستقبل .

٣ ـــ اختلاف القدرات اللفظية وعملية الاستيعاب لمضمون الرسائل .

٤ ـــ لغة الرسالة ومحتواها .

* استخدام نظرية الاتصال في الخدمة الاجتماعية :

يستطيع الأخصائيون الاجتماعيون استخدم نظرية الاتصال بطرق متعددة يتمثل بعضها في استخدام هذه النظرية كنظرية معاونة Metatheory حيث تستخدم مفاهيمها وإطارها النظري في عملية التقدير والعلاج ، وبصفة خاصة يمكن استخدامها في عملية تعليم العملاء وطرق وأنماط الاتصال الجيدة التي تساعدهم في حل مشكلاتهم ، ولهذا فقد استخدمت هذه النظرية بشكل واسع في فهم وعلاج مشكلات الأزواج والأسر .

كما يمكن استخدام مفاهيم ومبادئ نظرية الاتصال في فهم اضطرابات الأداء التي تحدث للعملاء وتؤدي إلى أنواع مختلفة من المشكلات ويمكن تفسير حدوث المشكلات لدي العملاء من منظور نظرية الاتصال علي النحو التالي :

أ ـــ يعاني الناس أحيانا من المشكلات لان المعلومات المتاحة لهم والتي تأتي من بينهم أو من بيناتهم قد تكون معلومات إما ناقصة وإما خاطئة أو أنهم لا يمكنهم الاستفادة من هذه المعلومات ، ويكون دور الأخصائي متمثلا في التدخل مباشرة لتصحيح المعلومات أو إكمالها أو إمدادهم بالمعلومات البيئية المتاحة .

ب – قد يكون بعض الناس غير قادرين علي الأداء الفعال لانهم ليس لديهم المعلومات الكافية التي توضح لهم كيف يتصرفون في المواقف الحياتية المختلفة مثل الأم صغيرة السن التي لا تعرف كيف ترعي طفلها أو كيف تعامل زوجها .

ج – تنشأ المشكلات أيضا نتيجة لعدم قدرة العملاء علي استخدام معلوماتهم الخاصة أو استخدام المعلومات الجديدة التي قد تتاح لهم ولذلك فان المشكلة هنا ترتبط بقواعد عملية الاتصال وتتحدد مساعدة الأخصائي الاجتماعي في تعليم العملاء كيفية استخدام عملية الاتصال المتبعة في أنساقهم الاجتماعية الصغيرة .

وبالتالي ينبغي أن يركز الأخصائيون الاجتماعيون علي برامج التدخل المهني التي تهدف لتغيير بيئة العملاء في ضوء الاعتماد علي استخدام الاتصال اللفظي أولا ثم تأتي بعد ذلك أنواع الاتصال الأخرى ، و أن العملاء نتيجة لتشجيع الأخصائي الاجتماعي لهم يمكن أن يستقبلوا المعلومات الجديدة بشكل افضل و كذلك المخاطرة بإحداث التغيير من خلال استخدام لعب الأدوار أو المخاطرة بإحداث تغير في الحياة الواقعية لما تعلموه من معلومات جديدة ، ثم يتلقون تغذية الرجع من الآخرين Feed back ويستخدمونها في تقييم نتائج التغير الذي أحدثوه في حياتهم الواقعية أو في بيئاتهم .و بالتالي فان الأخصائي الاجتماعي من خلال تعامله مع حالات الاغتراب الزواجي علي سبيل المثال يمكن أن يستخدم في توظيفه للعلاج الأسرى العديد من استراتيجيات الاتصال منها علي سبيل المثال و ليس الحصر :

١ – فتح قنوات اتصال جديدة .

٢ – غلق قنوات اتصال حالية .

٣ – تدعيم قنوات اتصال قائمة بالفعل .

٤ – إبعاد الأحداث العارضة والمتغيرات المحيطة التي تؤثر في فهم محتويات الرسالة

٥ ـ الاتفاق علي أسس الاتصال ورموز الرسائل ومفاهيمها .

٦ ـ تصحيح إدراك بعض الرسائل بين الأفراد داخل الأسرة .

٧ ـ تنمية وتدعيم عملية التغذية العكسية ضمانا لتوضيح الأمور .

٨ ـ توضيح الحدود بين مستويات الاتصال في الأسرة : بين الزوجين ، بين الزوج والأبناء بين الزوجة والأبناء ، بين الزوجين والأبناء ، بين الأبناء وبعضهم ، بين الأسرة والأنساق الأخرى .

ثانيا ـ نظرية الأنساق :

ترجع الجذور الأولى لنظرية الأنساق الاجتماعية إلى البنائية الوظيفية وتعتمد نظرية الأنساق علي الأفكار والمسلمات التالية :

١ ـ يمكن النظر إلى أي شئ سواء كان كائنا حيا أو اجتماعيا وسواء فردا أو مجموعة صغيرة أو تنظيما رسميا أو مجتمعا أو حتى العالم بأسرة علي انه نسق أو نظام System وهذا النسق يتألف من عدد من الأجزاء المترابطة .

٢ ـ لكل نسق احتياجات أساسية لابد من الوفاء بها وإلا فان النسق سوف يفني أو يتغير تغييراً جوهرياً .

٣ ـ لابد أن يكون النسق دائما في حالة توازن Equilibrium ولكي يحقق ذلك فلابد أن تلبي أجزاؤه المختلفة احتياجاته وإلا تعرض لحالة سوء التوازن .

٤ ـ كل جزء من أجزاء النسق قد يكون وظيفيا Functional أي يقلل من توازن النسق وقد يكون غير وظيفي Non Functional أي عديم القيمة بالنسبة للنسق . وقد يكون ضار وظيفيا Dysfunctional أي يقلل من توازن النسق .

٥ ـ يمكن تحقيق كل حاجة من حاجات النسق بو اسطة عدة متغيرات و بدائل فحاجة المجتمع لرعاية الأطفال يمكن آن تقوم بها الأسرة أو دور الحضانة أو كلاهما معا .

٦ ـ و حدة التحليل يجب أن تكون الأنشطة أو النماذج المتكررة .

و لعل Mancosk يري أن المكونات الهامة لنظرية الأنساق في علم الاجتماع إنما تمتد أصولها إلى فكرة الدار ونية الاجتماعية Social Darwinism كما وضعها هيربرت سبنسر H.Spencer .

بينما يري سيبورين Siporin إن جذور هذه النظرية ترجع إلى المسح الاجتماعي الذي قام به بوث Booth رونتري Rowntree في أواخر القرن التاسع عشر في إنجلترا و الذي مهد لظهور نظرية المعلومات . و كذلك تمتد جذور نظرية الأنساق إلي المدرسة الأيكلوجية التي أرسي دعائمها علماء علم الاجتماع في الثلاثينيات من القرن العشرين .

و طبقت نظرية الأنساق علي نطاق واسع في الخدمة الاجتماعية منذ مطلع السبعينيات من هذا القرن وقد ميز العلماء بين شكلين لنظرية الأنساق في الخدمة الاجتماعية وهما :

ـ نظرية الأنساق الايكولوجية Ecological Systems Theory .

ـ نظرية الأنساق العامة General Systems Theory .

وتجدر الإشارة إلى أن هيرين 1959, 1958 Hearn يعتبر أول من حدد إسهامات نظرية الأنساق في الخدمة الاجتماعية ، ثم بعد ذلك جاءت محاولات جولدستين Goldstein 1973 ومحاولات بينكس Bincus و ميناهن 1973 Minahan و الذين حاولوا تفسير كيفية تطبيق أفكار الأنساق في ممارسة الخدمة الاجتماعية ، وقد اعتمد هؤلاء العلماء علي مكونات نظرية الأنساق العامة والتي يعتبر فان بيرتلانفي Van Pertalanf أحد روادها .

وهي نظرية بيولوجية الأصل تقوم علي افتراض رئيسي مؤداه أن كل أعضاء الكائن البشري هي بمثابة انساق وأن كل عضو منها يتكون من انساق فرعية ، ولهذا فان الإنسان ككائن حي اجتماعي هو جزء من المجتمع ويرتبط بسلسلة انساق دائرية أخرى ، وقد طبقت هذه النظرية علي الأنساق الاجتماعية مثل الجماعات و الأسر و المجتمعات في ضوء تأثرها بالأنساق البيولوجية .

* المفاهيم الرئيسية لنظرية الأنساق:

تعتمد نظرية الأنساق علي المفاهيم الرئيسية التالية :

— النسق System وهو وحدة لها حدود تعتمد علي تبادل الطاقة الذهنية والمادية Physical في إطار الحد المرسوم .

— النسق المغلق Closed system وهو وحدة لا تقبل التبديل أو التغيير في إطار الحد المرسوم لها .

— النسق المفتوح Open system وهو وحدة يسمح لطاقاتها أن تتحرك خارج حدودها .

وهناك مفاهيم أخرى لنظرية الأنساق تفسر كيفية العمل بها وهي تلك التي حددها جريف Greif 1983 والتي تتحدد فيما يلي :

١ — المدخل Input حيث تبدأ الطاقة في تغذية Fed النسق عن طريق الحد المرسوم لها .

٢ — المعالجة Throughput وهي توضح كيف نستخدم الطاقة داخل النسق .

٣ — المخرج Out Put ويشير هذا المفهوم إلى التأثيرات التي تحدث في بيئة الطاقة والتي تمر خارج حدود النسق .

٤ ـ تغذية الرجع Feed back : الطاقة والمعلومة التي تمر خارج النسق عبـر المخرج تتأثر بالبيئة وتعود ثانية كمدخلات جديدة لتخبرنـــــا عن نتـائـج المخرجات .

٥ ـ فقدان الطاقـــة Entropy وهي ميل الأنساق لاستخدام طاقاتها الذاتية للمحافظة علي استمرارية النسق وهذا يعني أن الأنساق إذا لم تتلق مدخلاتها من الخارج فهذا يعني نهايتها وموتها .

و هناك خمس صفات أساسية يتسم بها النسق في أي وقت و هي :

١ـ حالة الثبات Steady state وتشير إلى محافظة النسق علي نفسه عـــن طريق تلقي المدخلات واستخدامها .

٢ ـ التوازن Equilibrium وتشير إلى قدره النسق علي الحفاظ علي طبيعته الأساسية وذلك علي الرغم من التغير الذي يحدث للنسق نتيجـــة لتلقي المدخلات وما يصاحبها من معالجة تحويلية ومخرجات .

٣ ـ التمايز Differentiation وتشير إلى أن الأنساق تنمو بشكل أكثر تعقيدا مع ظهور أنواع مختلفة من المكونات عبر الزمن .

٤ ـ اللاجزئية Non Summativity وتعتمد علي فكرة أن الكل أكبـــر مـن مجموع اجزائة .

٥ ـ التبادلية Reciprocity وتعتمد فكرة التبادلية علي انـه إذا تغير أحد أجزاء النسق فإنـه يحدث تغير في كافة أجزاء النسق الأخرى .

*** مستويات النسق:**

تتضمن نظرية الأنساق وجود عدة مستويات يتعامل معها الأخصائي لعل أكثرها شيوعا يتمثل فيما يلي :

١ ـ نسق الشخصية (أي الفرد العميل) .

٢ ـ نسق الجماعة : كالأسرة أو جماعة النادي .

٣ ـ نسق المؤسسة : ويدخل فيه الأخصائيون الاجتماعيون و القوي الأخرى القائمة بها .

٤ ـ نسق المجتمع : ويعني به النسق الذي يشتمل علي الوحدات الخارجية التـــي لها علاقة بالأنساق السابقـــة .

* تطبيق نظرية الأنساق في ممارسة الخدمة الاجتماعية :

قدم بينكس Pincus وميناهان Minahan مدخلا للخدمة الاجتماعية يقوم علي تطبيق أفكار نظرية الأنساق ويعتمد المبدأ الرئيسي لذلك المدخل علي أن الناس يعتمدون علي الأنساق في بيئاتهم الاجتماعية من اجل الشعور بحياة تقوم علي الرضا .

ولهذا فان الخدمة الاجتماعية ينبغي أن ترتكز علي هذه الأنساق وهناك ثلاثة أنواع من الأنساق يمكن أن تستخدم لمساعده الناس وهي :

أ ـ الأنساق الطبيعية أو غير الرسمية مثل الأسرة والأصدقاء وغيرها .

ب ـ الأنساق الرسمية مثل جماعات المجتمع المحلي أو الاتحادات الرسمية .

ج ـ الأنساق الاجتماعية مثل المستشفيات والمدارس .

ويري بينكس ، ميناهان أن الناس الذين يعانون من مشكلات غير قادرين علي استخدام هذه الأنساق المساعدة وذلك للأسباب التالية :

١ ـ إن هذه الأنساق ربما تكون غير موجودة في حياتهم أو لا يوجد فيها الموارد الضرورية التي تعاونهم علي مواجهه مشكلاتهم من أمثال ذلك السيدة المسنة التي ليست لها أصدقاء أو أقارب في الجيرة التي تعيش فيها.

٢ ـ قد لا يعرف الناس هذه الأنساق أو لا يأملون في التعامل معها مثل الطفل الذي يساء معاملته من قبل والدية ولا يعرف إلى أي جهة من جهات المساعدة يمكن أن يلجأ أليها .

٣ ـ إن سياسات الأنساق قد تؤدي إلى خلق مشكلات جديدة لمستخدميها كالاعتيادية أو الصراع مع الآخرين .

ولذلك فأن الخدمة الاجتماعية تحاول أن تري وتكشف عناصر التفاعل بين العملاء وبيناتهم والتي تسبب المشكلات ، ولكن لا يمكن وفقا لمدخل الأنساق أن ينظر إلى العملاء وبيناتهم بشكل منفرد ، ولكن المشكلات ناجمة عن التفاعل بين الطرفين .

ومن ثم فان هدف التدخل المهني للخدمة الاجتماعية هو مساعدة الناس علي إنجاز مهامهم الحياتية مع تجنب الضغوط وتحقيق الأهداف وبناء الأوضاع القيمية التي تشكل أهمية في حياة العملاء ، ولذلك فإن مهام الأخصائي الاجتماعي وفقا لمدخل الأنساق تتحدد فيما يلي :

١ ـ مساعده العملاء علي استخدام وتنمية قدراتهم في حل مشكلاتهم مثل : تعليم الأسرة مهارات جديده لرعاية الطفل تساهم في تنمية وتحسين العلاقات .

٢ ـ بناء علاقات وروابط جديدة بين العملاء وانساق الموارد مثل : مساعدة الشخص المعوق علي الشعور بالسعادة من خلال تقديمه لإحدى المراكز الاجتماعية التي تعني بخدمات المعوقين والترحيب به وجعله يشعر بالتقبل وانه غير مرفوض بسبب الإعاقة .

٣ ـ تحسين التفاعل بين الناس عن طريق استخدام موارد الأنساق مثل : تحسين التفاعل بين الأسرة والمؤسسات الأخرى الموجودة في المجتمع.

٤ ـ المساعدة في تطوير وتغيير السياسة الاجتماعية .

٥ ـ تقديم المساعدة المهنية وأن يعمل الأخصائي كوسيط لتحقيق الضبط الاجتماعي .

وينبغي أن تأخذ العلاقة المهنية بين الأخصائي الاجتماعي والأنساق الأخرى الصور التالية :

١ ـ علاقة تعاونية Collaborative وتعني التضامن والمساهمة في تحقيق الغرض .

٢ ـ علاقة مقايضة Bargaining ويستخدم هذا النوع من العلاقة عندما تكون هناك حاجة ضرورية لتحقيق حد ادني من الاتفاق حول الأهداف المرغوبة .

٣ ـ علاقة تصارعيه Coiflictual ويستخدم هذا النوع من العلاقة عندما يكون هناك تعارض شديد بين الأهداف

ويقترح " محمد شريف صفر " أن يتم التخطيط لعملية المساعدة في خدمة الفرد عن طريق استخدام نظريات النسق علي النحو التالي :

١ ـ تحديد المشكلة وتدعيم العلاقة المهنية بين نسق العميل والنسق المحدث للتغير .

٢ ـ تحديد الأنساق التي لها علاقة بالمشكلة .

٣ ـ تخطيط و صياغة نسق الأداء .

٤ ـ تنفيذ نسق الأداء (التدخل المهني)

٥ ـ تقويم الأداء .

وهناك عدة اعتبارات ينبغي توافرها قبل استخدام نظرية الأنساق في خدمة الفرد وهي :

١ ـ الدراسة الموضوعية للحقائق التي نتعامل معها من خلال ممارسة طريقة خدمة الفرد .

٢ ـ بناء النماذج التي نتمكن بواسطتها من صياغة المفاهيم الخاصة بهذه الحقائق الإنسانية .

٣ ــ اختيار صدق وثابت وفاعلية هذه النماذج للتأكد من صلاحيتها للممارسة وبالتالي قدرتها علي تقديم خدمات أفضل .

* مراحل العلاج الأسرى :

نشير في البداية إلى أنة لا يوجد اتفاق بين ممارسي العلاج الأسرى حول المراحل التي يمر بها هذا العلاج لهذا سنحاول أن نستعرض أهم وجهات النظر الخاصة بذلك .

أ ــ وجهة نظر J.Haley :

يقسم جي هالي J.Haley 1976 مقابلات العلاج الأسرى إلى أربع مراحل أساسية يمكن توضيحها علي النحو التالي :

١ ــ **المرحلة الأولى :** و يطلق عليها المرحلة الاجتماعية Social stage ويري أن هذه المرحلة تستغرق وقتا أطول من المراحل التي تليها ، حيث تبدأ بالتعارف بين المعالج و أعضاء الأسرة ، وكذلك يتم فيها ترتيب الجلوس وفقا لرغبات وأمال الأعضاء حيث يساعد المعالج أعضاء الأسرة علي أن يقدم كل منهم نفسه للآخر وأن يكون هذا التقديم مصحوبا بفكرة موجزة يقدمها العضو عن نفسه .

وينبغي علي المعالج أن يلاحظ الحالة المزاجية للأسرة ، و كيفية التفاعل بين الأعضاء معا و كل منهم نحو الآخر ، و كذلك تفاعل أعضاء الأسرة كنسق و عندما يتم التعارف بين أعضاء الأسرة من ناحية و بينهم و بين المعالج من ناحية أخرى تكون هذه هي نقطة البداية .

٢ــ المرحلة الثانية : ويطلق عليها مرحلة المشكلة The Problem stage وتبدأ بتوجيه سؤال من المعالج لأعضاء الأسرة ما هي المشكلة أو ما هي المساعدة التي يمكن أن يقدمها المعالج لأعضاء الأسرة ، وما هي التغيرات التي يرغبونها ، وفي هذه المرحلة يتم الاستماع الجيد من قبل المعالج لكل عضو من أعضاء الأسرة علي حده ودون أن يقدم المعالج أي تبريرات أو تفسيرات ودون تقديم أي نصيحة أو محاولة دفع المتحدث للتعبير عن المشكلة بالطريقة التي يراها بها المعالج .

ولكن ينصب اهتمام المعالج في هذه المرحلة علي الحصول علي تفاصيل كاملة عن المشكلة ويتم ذلك بتوجيه أسئلة متنوعة مثل من الذي فعل كذا ... ومع من فعل ذلك ، وكيف تؤثر المشكلة علي الأفراد ، ويستخدم الأسئلة الدائرية Cricular Questions عندما تكون الفرصة متاحة ، وينبغي علي المعالج خلال هذه المرحلة و كما تري ليو Lau 1984 أن يستثمر وجوده العلاجي في اختبار اتجاهاته واقتراحاته وزيادة معلوماته عن ثقافات الآخرين والتي تمثل الأسرة كوحدة علاجية جزءا من هذه الثقافة .

٣ــ المرحلة الثالثة : ويطلق عليها مرحلة التفاعل The interaction Stage وهى تشتمل على تحقيق التفاعل بين أعضاء الأسرة سواء كان تفاعلا رمزيا أو لفظيا يقوم على التحدث والمخاطبة ولا ينبغي أن يركز المعالج في هذه المرحلة وفى بدايتها على وجه التحديد على مقترحات الأسرة ورؤيتها لحلول المشكلة ، وإنما يركز على بناء التفاعل الذي يمكن الأسرة من تنفيذ الحلول بعد ذلك . وعندما يجد المعالج أن الهدف من التفاعل قد تحقق وأن الوقت اصبح مناسبا عليه الدخول في التفاصيل والإجراءات الهادفة إلى أحداث التغير في النسق الأسرى من اجل أيجاد حلول لما يواجهها من مشكلات وصعوبات .

وينبغي أن تكون الأهداف محددة واضحة وألا يتعجل حدوث عملية التغير ولكن عليه أن يسير بخطى متزنة تتمشى مع قدرات أعضاء الأسرة ورغباتهم في إيجاد حل لمشكلاتهم .

٤ - <u>المرحلة الرابعة</u> :

ويطلق عليها مرحلة النهاية The end Stage وفـي هذه المرحلة يتم الاتفاق على أهداف بسيطة والترتيب لمقابلات مستقبلية إذا دعت الحاجة لذلك وتكليف أعضاء الأسرة بتنفيذ مهام مستقبلية من شانها أن تحقق تغيرا افضل في حياة الأسرة .

ب - وجهة نظر Salvador Minuich :

وهـى وجهـة نظـر ثلاثيـة تـرتبط بمـراحل البدايـة والـوسط والنهايـة .

وفى مرحلة البداية يركز الأخصائي على الفرد صاحب المشكلة والفرد الذي اتصل به سعيا نحو جذب كل الأشخاص المرتبطين بالمشكلة من أفراد الأسرة ثم يحاول بعد ذلك الوقوف والتعرف على الموقف الراهن للأسرة ونشأتها وتاريخها .

أما مرحلة الوسط فتركز على العمل مع الأسرة ككل والتركيز هنا يكون على إتاحة الفرصة لكل الأفراد في المشاركة في الحديث وعرض المشكلات ، وتتجه جهود المعالج إلى فتـح قنـوات اتصال سليـم بين أفراد الأسرة ويعمل كموجه وقائد مشارك للجميع دون تحيز .

أما المرحلة النهائية فترتبط بإحساس المعالج والأسرة بأنها أصبحت قادرة على قيادة نفسها بنجاح من حيث مواجهة المشكلات من ناحية واستطاعتها أداء وظائفها الاجتماعية المرغوبة من ناحية أخرى .

ج - وجهة نظر Paul Watzlartick :

وهى وجهة نظر رباعية تتضمن المراحل التالية : -

1. **المرحلة الأولى :**

ويعمل فيها الأخصائي مع الأسرة ككل بهدف التعرف على المشكلات وشرح وظيفة المؤسسة والدور الذي سوف يقوم به .

2. **المرحلة الثانية**

يتم فيها إجراء مقابلات فردية ومشتركة مع الأنساق الفرعية طبقا لطبيعة المشكلة أو الموقف بهدف إتاحة الفرصة للأفراد للتعبير عن وجهات نظرهم في الموقف الأسرى بحرية اكثر خاصة في الموضوعات التي تتسم بالخصوصية .

3. **المرحلة الثالثة :**

يقوم فيها الأخصائي بمقابلة الأسرة ككل مرة ثانية وفيها يركز على التخطيط للعلاج وتحديد الأهداف العلاجية .

4. **المرحلة الرابعة :**

وفيها يتابع الأخصائي تحقق الأهداف وتنفيذ الخطة المتفق عليها ويمهد للانتهاء .

*** استراتيجيات العلاج الأسرى : -**

لقد اتفقت معظم الكتابات في العلاج الأسرى حول الاستراتيجيات الرئيسية لهذا العلاج ويأتي تحديد هذه الاستراتيجيات من البناء المعرفي الذي يعتمد عليه العلاج الأسرى والذي يتمثل أساسا في نظريتي الأنساق والاتصال فضلا عن نظرية الدور وتتمثل هذه الاستراتيجية فيما يلي :

الاستراتيجية الأولى : -

وتتمثل في توظيف مفاهيم نظرية الاتصال حيث تركز هذه الاستراتيجية على الاستخدام الفعال لقنوات الاتصال مرتكزة في ذلك على جهود الأخصائي الاجتماعي في أن يوضح سوء الفهم وأسباب عدم تفهم مضمون الرسالة ومعرفة معانيها من خلال معرفة المزيد من العلاقات والتفاعلات .

وتعتبر تغذية الرجع من الأساليب الهامة التي يستخدمها المعالج الأسرى لتحقيق الأهداف العلاجيّة المخططة مع الأخذ في الاعتبار إن الاتصال الأسرى ليس وحدة قائمة بذاتها منعزلة عن المؤثرات الخارجية .

وتتضمن هذه الاستراتيجية بعض التكنيكيات العلاجية و التي تتمثل في:

١ــ فتح قنوات اتصال جديدة .

٢ــ تعديل قنوات الاتصال الخاطئة .

٣ــ بناء علاقة جيدة بين المرسل و المستقبل لضمان فهم الرسالة .

٤ــ إحداث توازن في عملية الاتصال الأسرى .

٥ــ الاهتمام بوسائل الاتصال الأسرى .

الاستراتيجية الثانية : -

وتتمثل في تعديل البناء الأسرى حيث إن هناك بعض المواقف والمشكلات التي تستدعي من الأخصائي المعالج أن يتدخل بشكل مباشر لتوجيه وتعديل بناء الأسرة والمقصود ببناء الأسرة هنا مجموعة المكانات والأدوار التي يشغلها كل عضو في النسق الأسرى وخارجة وتأثير ذلك علي المشكلات الأسرية .

ومن ثم فإن المحك الأساسي للمعالج في هذه الاستراتيجية يقوم علي افتراض إن عدم التوازن في البناء الأسرى يؤدي حتما إلى عدم التوازن في إشباع الحاجات ، ومن ثم يؤثر علي قيام الأسرة ككل بأدوارها وإشباع حاجاتها وحاجات انساقها الفرعية فتظهر المشكلات ولذلك فإن المعالج في ضوء استخدامه لهذه لاستراتيجية يسعي لتحقيق واحد أو اكثر من الاحتمالات العلاجية التالية :

١. تبادل بعض الأدوار داخل الأسرة ويستخدم هذا الاحتمال في حالات غياب أحد الوالدين (الزوجين) أو عجز أحدهما عن القيام بالأدوار المتوقعة فيه .
٢. تدعيم أدوار قائمة داخل الأسرة ، ويستخدم هذا الاحتمال عندما يحدث اختلال في أداء الأدوار لدي بعض أفراد الأسرة وعدم قيامها بهذه الأدوار علي الوجه المطلوب مثل وجود الأب ولكنه لا يمارس دور الوالدية المتوقعة منه أو لا يقوم بأدواره العاطفية حيال باقي النسق الأسرى وفي ضوء توقعاتهم منه .
٣. الاستعانة بجهود خارجية لتدعيم بعض الأدوار داخل الأسرة ويتم ذلك في حالة غياب أحد الأنساق المؤثرة كالأب حيث يمكن الاستعانة بالجد للقيام ببعض أدواره أو الاستعانة بالجدة في حالة غياب الأم وهكذا.

الاستراتيجية الثالثة :

وهي استراتيجية التوازن الأسرى والتي يشار إليها أحيانا علي إنها أساليب التوازن الأسرى ويحدد " شريف صفر" محتويات هذه الاستراتيجية فيما يلي :

١ ــ توصيف التوازن الأسرى القائم .

٢ ــ التعرف علي الأدوار القائمة .

٣ ـ اكتشاف النقص في ممارسة الأدوار .

٤ ـ انعكاسات الأدوار وعلاقتها بالتوازن .

٥ ـ المرونة في إحداث التوازن وقدرة الأسرة علي مواجهة المشكلات غير المتوقعة .

٦ ـ بناء أدوار جديدة .

٧ ـ إعادة توزيع الأدوار القائمة .

٨ ـ استثمار التغيرات القائمة في مساعدة الأسرة علي استعادة التوازن .

.وتهدف هذه الاستراتيجية إلى مساعدة الأسرة علي الاستقرار المرن لتلبية المتطلبات الجديدة للنسق الأسرى كنسق مفتوح ، ويستخدم المعالج هنا مهاراته المتنوعة في المناقشة والتحليل والإيضاح لمعرفة مناطق الضعف في النسق الأسرى التي تؤثر علي أداء الأسرة لأدوارها بفاعلية ، ويسعي المعالج إلى إحداث التغيرات في ضوء توظيف أساليب التفاعل والاتصالات واستثمار طاقة الموارد والطاقات المتاحة في الأسرة وخارجها لاستعادة التوازن الأسرى ومسايرة الأسرة لعمليات التغير المستمر .

الاستراتيجية الرابعة :

وهي استراتيجية تغيير القيم أو إعادة بنائها فقد يكون الاختلاف بين قيم أفراد الأسرة أو قيم المجتمع سببا في حدوث العديد من المشكلات وبصفة عامة فأن هذه الاختلافات في القيم تؤثر علي الأسرة ككل ، ويسعي المعالج الأسرى إلى تحديد القيم العامة التي تؤدي إلى إحداث الصراع ويحاول بطبيعة الحال أن يدفع أفراد الأسرة إلى القيم البنائية المرغوبة التي تزيد من التماسك وتقلل من الصراع .

* تكنيكات العلاج الأسري :

المجموعة التالية من التكنيكات هي مجموعة مختارة قد تم استعمالها في العمل مع الـزوجين Couples والنسق الأسرى ، وكل تكنيك منهم يجب تطبيقه بشكل مميز أو بطريقة خاصة وان ينظر إلية ليس علي اعتبار أنة علاج ولكن علي انه طريقة للمساعدة أو للعمل علي تحريك وتحفيز الأسرة Mobilize the family . أما عن متي وأين وكيف يطبق كل تدخل فان الأمر دائما ما يعتمد علي الحكم المهني للمعالج وعلي مهاراته الشخصية .

١ - الجينوجرام The Genogram:

الجينوجرام هو تكنيك غالبا ما يستخدم مبكرا في العلاج الأسرى وهذا التكنيك يمد المعالج بصورة عن تاريخ الأسرة ، والجينوجرام يكشف عن البناء الأساسي للأسرة والمعلومات الديموجرافية بها ، ومن خلال الرموز يمكن لهذا التكنيك أن يقدم صورة لثلاثة أجيال علي الأقل ويشتمل الجينوجرام علي الأسماء وتواريخ الزواج والطلاق والموت ، وما إلى ذلك من حقائق ومعطيات ، والجينوجرام يمد كلا من المعالج وأفراد الأسرة ـ في وقت مبكر من العلاج ـ بقدر هائل من البيانات والتفهم والبصيرة كما انه يمدنا بالمعلومات والتشخيص ويمكن للمعالج والأسرة أن يطوراه معا .

٢ ـ الخريطة الأساسية للأسرة The family floor plan:

تكنيك الخريطة الأساسية للأسرة له العديد من الأنواع فقد يطلب من الوالدين أن يرسموا (الخريطة الأساسية للأسرة) وبذلك يتم جمع المعلومات عن أجيال العائلة بأسلوب لا يشعرهم بالتهديد أو الخطر ويمكن من خلال المناقشة التطرق لقضايا هادفة تتعلق بماضي الفرد ، وهناك شكل معدل من هذا التكنيك وهو جعل الأسرة يرسمون" الخريطة الأساسية للأسرة النووية Nuclear family .

ومن خلال هذه الخريطة يمكن الاستدلال علي المكان Space والإقليم ، وأحيانا ما تتكشف مستويات الراحة Levels of Comfort بين أفراد الأسرة ومدي تلاؤم الحيـــز المكانـــي (السكن) وقواعد السلوك الذي تتبناه الأسرة كما يتضح ذلك من خلال ما يلي :

أ ــ مؤشرات التمايز Indications of differentation .

ب ــ تحديد المثلثات الأسرية والأنساق الفرعية Operating family triangles subsystems.

- وعلـي ذلـك فـان الفـرق بيـن الجيـنوجرام Genogram والخـريطة الأساسـية للأسـرة family floor plan أن الأسلوب الأول يوضح العلاقات بين ثلاثة أجيال للأسرة علي الأقل أما الثاني فهو يركز علي الأساس البنائي للأسرة النووية الحالية ، ولكن في علاقتها بمتغيرات أخرى مثل الحيز والمكان و البيئة وعلاقة ذلك بحدوث المشكلات ، كما انه يفيد في تفهم الكثير من المصطلحات المرتبطة بالعلاج الأسرى مثل التحالف ، الاتحاد ، الثلاثيات داخل الأسرة وما إلى ذلك .

٣ ـ إعادة التشكيل **Reframing**

وهو أسلوب يستخدم بواسطة المعالجين الأسريين من اجل مساعدة الأسرة علي تفهم أعراض وأنماط السلوك من خلال وضعة في سياق مختلف .

علي سبيل المثال الطفل الذي شخص مرضه علي انه اكتئاب يمكن النظر إلية من خلال أفراد الأسرة علي انه لا يلقي الاحترام ، ومنفصل عنهم وبمعني آخر انتزاع أمر ما من تصنيفه المنطقي إلى وضعة في تصنيف أو فئة أقوي.

فعلي سبيل المثال التساؤل الملح للام عن سلوك ابنتها بعد تاريخ معين يمكن النظر إلية باعتباره نوعا من الرعاية الحقيقية والاهتمام بدلا من اعتبار الأم كإنسان لا تثق في ابنتها وبالتالي فانه من خلال هذا الأسلوب يمكن تحويل القضايا والأمور من سياقها السلبي إلى إعادة سياق في شكل إيجابي .

٤ـ اقتفاء الأثر Trucking:

يستخدم معظم المعالجين الأسريين تكنيك اقتفاء الأثر والمعالجون البنائيون (أو المهتمون بالبناء الأسرى) Structural يعتبرون تكنيك اقتفاء الأثر Trucking جزءا جوهريا من عملية الاندماج مع الأسرة، وأثناء الجلسة يستمع المعالج باهتمام لقصص الأسرة ويسجل بعناية الأحداث و ما ترتب عليها من نتائج . ومن خلال هذا التكنيك يصبح المعالج الأسرى قادرا علي تحديد عاقبة الأحداث المؤثرة علي النسق إيجابيا والعمل علي إيقانها كما هي.

٥ ـ تكنيكات بناء مهارات الاتصال :

Communication skill Building Techniques

إن أنماط وعمليات الاتصال غالبا ما تمثل عوامل رئيسية في إعاقة الأداء الأسرى السليم ويمكن الكشف عن أنظمة وطرق الاتصال الخاطئة وملاحظتها خلال جلسة أو جلستين ومن الممكن تنفيذ تكنيكات متنوعة للاهتمام مباشرة ببناء مهارة الاتصال بين الزوجين أو بين أفراد الأسرة وتعتبر تكنيكات الاستماع Listening Techniques التي تتضمن إعادة صياغة المحتوي وتأمل المشاعر ، وتناول التعبير عن المشاعر ، وحرية التعبير دون إصدار أحكام تعتبر بعضا من الطرق التي يمكن الانتفاع بها في بناء مهارات الاتصال . وفي بعض الحالات قد يحاول المعالج الانتفاع أو يعلم الزوجين كيفية محاربة الخوف وكيفية الإنصات والاستماع أو يوجه أفراد الأسرة الآخرين إلى كيفية التعبير عن أنفسهم مع الراشدين .

والمعالج الأسرى يبحث باستمرار عن أنماط الاتصال الخاطئة التي من الممكن أن تحدث اضطرابا في النسق .

٦ ـ الصور الفوتوغرافية للأسرة : **Family Potos**

إن هذا التكنيك له قدرة علي إمداد المعالج بقدر كبير من المعلومات حول الأداء الأسرى في الماضي والحاضر ، واحد استخداماته هو القيام بالمرور علي الصور الفوتوغرافية لألبوم الأسرة وغالبا ما تكشف ردود الفعل الشفوية وغير الشفوية (الكلامية وغير الكلامية) تجاه الصور الكثير-، ومن التعديلات التي يمكن إجراءها علي هذا التكنيك أن يطلب من أفراد الأسرة إخراج أهم الصور الفوتوغرافية للأسرة و مناقشتهم في الأسباب التي دفعتهم لإخراج هذه الصور دون غيرها . ومن خلال مناقشة هذه الصور غالبا ما تتضح الرؤية بشأن العلاقات الأسرية وطقوس الأسرة و بنائها وأدوارها و أنماط اتصالها .

٧ـ اجتماعات مجلس الأسرة : **Family council Meetings**

يتم تنظيم " اجتماعات مجلس الأسرة " لإتاحة أوقات خاصة للأسرة للتفاعل ولمشاركة بعضهم البعض ، وقد يقوم المعالج بوصف اجتماعات المجلس كمهمة منزلية وفي هذه الحالة يتم وضع قواعد معينة وزمن معين . ولابد أن يشتمل المجلس علي كل أفراد الأسرة وأي عضو غائب لابد أن يلتزم باتباع القرارات (التي سيتوصل لها المجلس) وقد يتضمن جدول الأعمال أيا من شئون الأسرة ولا يجوز مهاجمة الآخرين في وقت الاجتماع ، وان هذا التكنيك يعمل علي تشكيل البناء الأسرى ، ويشجع علي المشاركة الكاملة للأسرة ويسهل عملية الاتصال .

٨ ـ التحالفات الاستراتيجية : **Strategic Alliances**

هذا التكنيك غالبا ما يستخدمه المعالجين حيث يتضمن الاجتماع بأحد أفراد الأسرة كوسيلة لتدعيم مساعدة هذا الشخص علي التغيير ، ويتوقع أن نعتبر هذا الفرد سيؤثر علي نسق الأسرة ككل ، وغالبا ما يطلب من هذا الفرد أن يسلك أو يستجيب بنمط سلوكي مختلف ويحاول هذا التكنيك أن يقضى علي نمط سلوكي معين .

٩ ـ ترشيد اتخاذ القرار : **Prescribing in decision**

إن مستوي التوتر لدى الزوجين أو الأسرة غالباً ما يستفحل ويتفاقم نتيجة عملية صنع القرار الخاطئ والقرارات التي لا يتم اتخاذها في هذه الحالات تصبح أمراً مشكلا في حد ذاتها وعندما يفشل التدخل المباشر الصريح من الممكن استخدام التدخلات التناقضية Interventions Paradoxical لإحداث تغير أو للتخلص من أعراض التوتر بالسلوك غير الحاسم . حيث يتم وضعه في إطار جديد أو النظر إليه برؤية جديدة كنموذج لرعاية الآخرين أو محاولة الوصول إلى الوقت الملائم عند اتخاذ القرارات بشأن الأمور الهامة التي تؤثر على الأسرة فيتم إصدار التوجيهات بأن لا يتم التعجل أو التسرع في عمل أي شئ أو إتخاذ أي قرارات متسرعة وعلي الزوجين أتباع هذه التعليمات .

مراجع الفصل الثاني

1 - Max, Siporin : Marrige and Family Therapy in social work Social casework. No 61, 1980 .

2 - William J. Rrid : Family problem Solving. N.Y. Columbia University, Pres, 1985 .

3 - Micheal Nichols : Family therapy : Concepts and Methods. N.Y., Gardner Press, 1984 .

4 - William Pinsof : Family therapy process approach in Alans. Gurman and David Kniskern : Hand book of family therapy. N.Y., Brunner, Mazel Press, 1981 .

5 - Carol H. Meyer : Clinical Social Work in The Eco-Systems Perspective. N.Y., columbia University press, 1983 .

6 - Veronica Coulshed : Social work practice : Introduction London, The Macmillan Press Ltd ., 2 nd-ed . 1991 .

7 - Ackerman, Nathan W : The psychodynamices of the family life. N.Y, Basic Books, 1958 .

8 - Sonia L. Rhodes: Family treatment in Social work treatment Ed. By F.J. Turner, third edition the division of MaCmillan inc. 1986 .

9 - Robert L. Barker: Social work Dictioary. 3nd Ed National association of social workers, washingtion, 1991 .

10 - Minuchin Salvador. Braulio Montalvo, B.G. Guerney B.L. Rosman and F. Schumer, Families of the slums An exploration of their structure and treatment. N.Y. Basic books, 1967 .

11 - Minuchin Salvador: Families and family therapy. combridge Marr, Harvard university press, 1974 .

١٢ - من أمثلة المراجع التي استخدمت علاج حل المشكلة .

A- Haley, Jay: Problem solving therapy. San Francisco, Josry-Bars, 1976.

B- Madanes Cloe, Strategic family therapy. San Francisco, Josry Bass, 1981.

13 - Watzlawick, Paul, Jhon weakland and Richard Fisch change Prnciples of problems formation and problem resolution N.Y. Norton, 1974.

14 - Palazzoli, Mara: Paradox and counter paradox. N.Y.: A ronson, 1978.

15 - Papp, Peggy, process of change. N.Y., Guliford Press, 1983.

16 - Robert Liberman : Behavioral approach to family and Couple therapy. American Journal of orthopsychiotry, January, Vol.40,NO.1, 1970 .

17 - Judith C.Nelsen : Communication theory and social work treatment. in Francis J. Turner (ed). social work treatment, N.Y. The free Press, 1986 .

١٨ - فتح الباب عبد الحليم ، إبراهيم ميخائيل : وسائل التعليم والأعلام ، القاهرة ، عالم الكتب ، ١٩٨٥م.

١٩ - زينب حسين أبو العلا : نحو أداة لقياس عائد التدخل المهني لنموذج العلاج الأسري مع حالات النزاعات الزوجية ، بحث منشور في المؤتمر العلمي الثالث ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ديسمبر ١٩٨٩م.

20 - B. Lockie : Non verbl communication in clinical social work practice. Clinical social work Journal, Vol 5, 1977 .

٢١ - زينب حسين أبو العلا : العلاج الأسري في خدمة الفرد كمدخل اجتماعي لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي للطلاب المتعاطين العقاقير المخدرة ، مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية ، العدد الخامس ، جامعة المنيا ، ١٩٨٧م ، ص١٢١ .

٢٢ - سمير نعيم : النظرية في علم الاجتماع : دراسة نقدية ، القاهرة ، دار المعارف ، ط١ ١٩٨٢م ، ص ١٨٨- ١٨٩ .

23 - Ronald, Mancoske : sociological perspectives on the ecological model Journal of sociology and social welfare. Vol.8, No4, 1981.

24 - Max, Siporin : Ecological system theory in social work Journal of sociology and social welfare. Vlo. 7, No.4, 1980 .

25 - Molcom. Payne : Modern Social work theory. London, Macmillan Education LTD, 1991 .

26 - Geoffery L, Greif :The ecosystem perspectives. Social work Journal. Vol. 31, No. 3, 1985 .

٢٧ ـ محمد شريف صفر : نظرية النسق وتطبيقها في خدمة الفرد ، القاهرة ، برنست سنتر ١٩٨٧م.

28 - J. Haley : Problem Solving Therapy. San Francisco, Jossy, 1976 .

29 - Lau : Transcultural issues in family therapy Journal of family therapy. Vol.6, No.2, 1984 .

30 - Paul Watzlartick : Poragmatic of Human communication. N.Y., Norton Company, 1967 .

31 - H. France : family Treatment concepts. Social work Book. N.Y., 1976 .

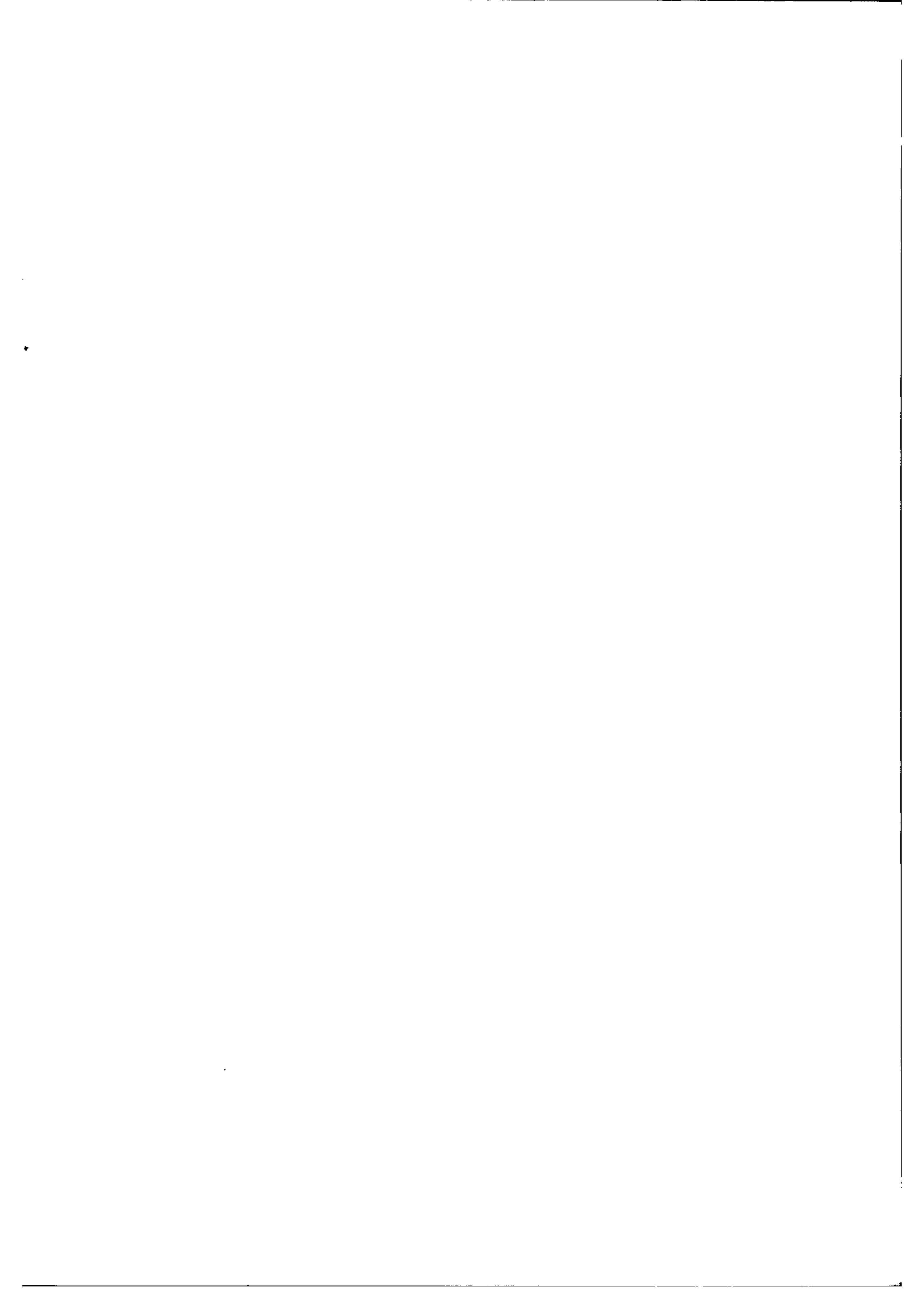
٣٢ ـ حمدي محمد منصور ، محمود صادق : الخدمة الاجتماعية المدرسية : النظرية والتطبيق ، القاهرة ، مكتبة دار العلم للجميع ، ١٩٩٣م.

٣٣ - محمد شريف صفر : دراسة تجريبية مقارنة لاستخدام أسلوبي العلاج الأسري وسيكلوجية الذات في علاج مشكلة التبول اللاإرادي – بحث منشور في مجلة الخدمة الاجتماعية ، تصدر عن الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين ، عدد يناير ١٩٩٣

٣٤ - عبد الناصر عوض : العلاقة بين ممارسة العلاج الأسرى مع الطلاب المضطربين سلوكيا لتنمية قدراتهم الابتكارية ، رسالة دكتوراه ، غير منشور ، كلية الخدمة الاجتماعية ن جامعة حلوان ، ١٩٨٩م.

٣٥ - إحسان زكي عبد الغفار : نموذج مقترح لممارسة الخدمة الاجتماعية (العلاج الأسرى) مجلة الصحة النفسية ، القاهرة ، الجمعية المصرية للصحة النفسية ، مجلد (٢٣) ١٩٨٢م.

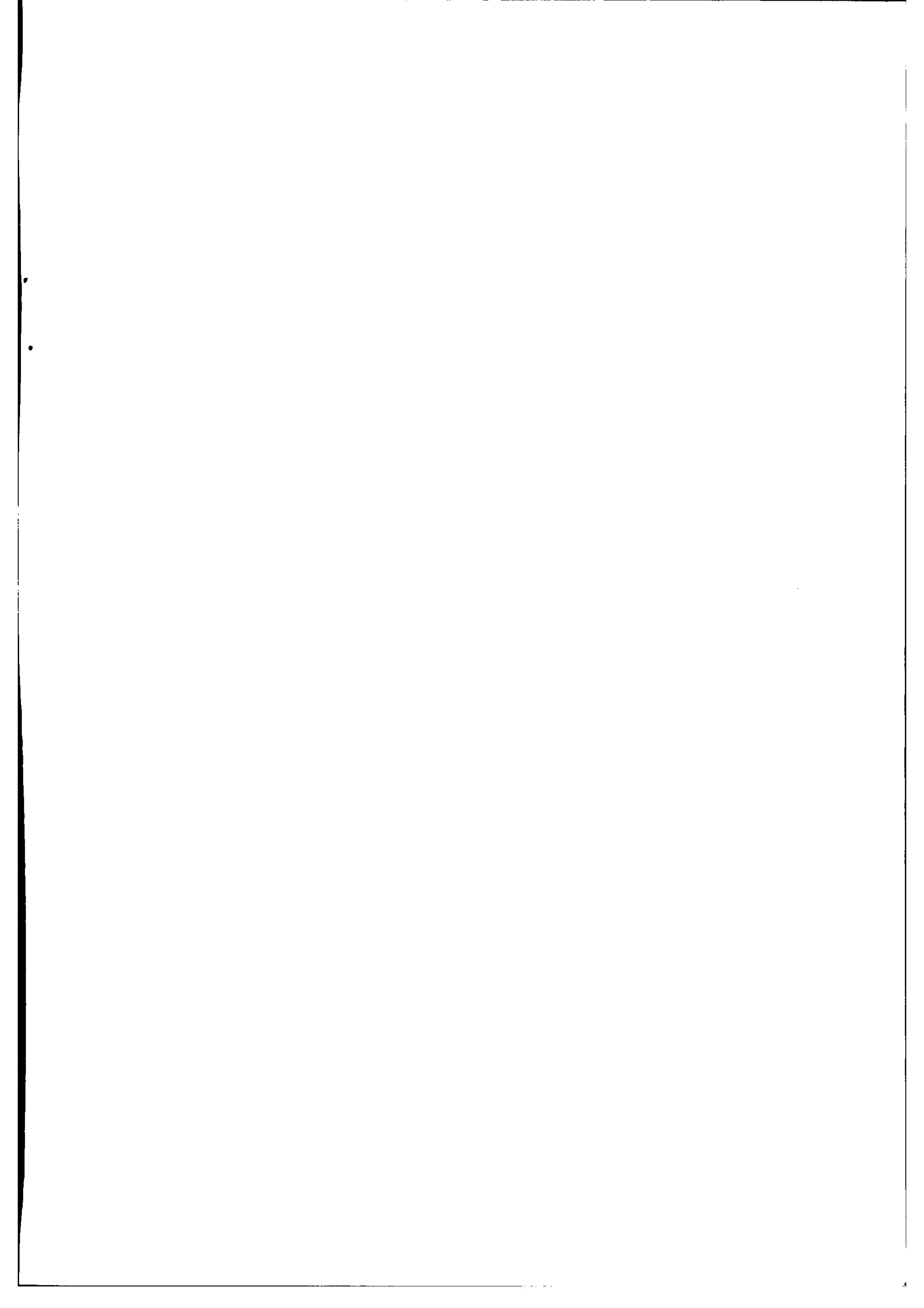
36 - Eric Digest, and Others :Basic Techniques in marriage and family counseling and therapy. Journal Announcement, 1992, p 93 .



الفصل الثالث

نموذج التركيز علي المهام

- *مقدمة*
- *نشأة نموذج التركيز علي المهام.*
- *المشكلات التي يتعامل معها النموذج.*
- *المفاهيم الرئيسية للنموذج التركيز علي المهام.*
- *استراتيجيات النموذج و مراحل العلاج.*
- *تكنيكات العلاج بالتركيز علي المهام.*
- *نموذج لبرنامج علاجي باستخدام التركيز علي المهام مع مشكلة الاغتراب الزواجي .*



مقدمة

يعتبر مدخل التركيز علي المهام أحد المداخل الرئيسية للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية ورغم أن بداياته ترجع إلي منتصف الستينات من هذا القرن ، إلا أنه طبق في العديد من مجالات الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية ، حيث أستخدمه الأخصائيون الاجتماعيون في مجال رعاية الطفل . (١) و مجال الخدمة الاجتماعية المدرسية (٢) ومجال الأحداث (٣) وكذلك في المجال الصناعي (٤)

---

١ – الدراسات التي طبقت علي مجالات الطفولة :

A) Ronney, Ronald H., A task-Centered Reunification model for foster case . in Anthony A. Maltvocis and paula smanglue (Eds.) working with Biological parents of children in foster case. New York: child welfare League ofAmerica, 1981.

B) Rzepnick, Tinal: Task-centered mtervention m foster care services : working with families who have children in placement in Task centered practice with families and groups Ed. by Anne E. Fortune, NewYork, Springer, 1984.

٢ – من الدراسات التي أجريت في المجال المدرسي :

A) Epstein, Laura, Aproject in school social work in William J. Reid and Laura Epstein (eds) Task centered practIce. New York, Columbia University Press, 1977.

B) Eleanor Tolson and Ronald H. Rooney, Task-centered School social work, Social work in Education. Vol. 2, 1989 .

٣ – من الدراسات التي أجريت في مجال الأحداث :

A) Bass, Michael, Toword a model of treatment for Runaway girls in William Reid and Laura Epstien (eds) Task-centered practice. New York, Columbia University Press, 1977.

B) Larson Joann and Craing Mitchell, Task-Centered Strength-Oriented group work with delinquents in Social casework. VoL61, No.3, 1980.

C) Gold Bery E.M. and Stanley J.S. A task-centered approach to probation in J. King (Ed) Pressures and Changes in the probation Service. cambridge England: institute ofcriminology, 1978 .

٤ – من الدراسات التي أجريت في المجال الصناعي:

A) Taylor Carvel, Counseling in a service in dustry in William J. Reid and Lura Epstien (eds) Task-centered practice. New York, Columbia University Press, 1977.

B) B) Weissman, Andrew in the stell industry in William Reid and Lura Ep stein (eds) Task-centered Practic. New York Columbia University Press, 1977.

وقد شاع استخدام هذا المدخل في المجال الأسرى (١) وكذلك استخدام في مجال الصحة العقلية (٢) ومجال المسنين(٣) .

ومن ثم فان مدخل التركيز علي المهام هو شكل للممارسة المهنية تتحدد أساليبه في ضوء التخطيط الجيد للعلاج ، وكذلك في ضوء متابعة النتائج المترتبة علي العلاج ، ولهذا فان توقع شكل الخدمة يتم التخطيط لـه في المرحلة الأولى من مراحل هذا العلاج الذي يرتبط بالعلاج القصير Short-term والـــذي يستغـــرق عادة ما بين ٨ ـ ١٢ جلسة خلال فترة من ثلاثة إلى أربعة شهور .

---

١. من الدراسات التي أجريت في المجال الأسري :

A) Gibbans J. Butler and Bow, I. Task-centered casework with marital problems, British Journal of social work. No. 8, 1979, pp 393-409.

B) Reid, William J. Family treatment withen a task centered framework in Eleanor r. Tolson and William J. Reid (eds) models of family treatment. New York, Columbia Uviversity Press, 1981.

C) Wise, Frances, Can Joint Marital treatment in Wiliam J. Raid and Laura Epstien (eds) Task-centered practice. New York, Columbia Uviversity Press, 1977.

٢. من الدراسات التي أجريت في مجال الصحة العقلية :

A) Ewalt, Patricia L. Apsychoanalytically oriented child guidance setting in William Reid and Laura Epstein (eds) Task-Centered practice. New York, Columbia Uviversity Press, 1977.

٣. من الدراسات التي أجريت في مجال المسنين :

A) Cormican Elin J. Task-Centered model for work with the agedin social casework. Vol 58, 1977, pp 490-494.

B) Diekring Barbara and Anne E. Fortune, Task-Centered treatment in residential facility for the elderly a clinical trial. Journal of Gerontalogical Social work. Vbl.2, 1980 pp 225-240.

* نشأة نموذج التركيز علي المهام :

إن النظرة الدقيقة والفاحصة لنشأة نموذج التركيز علي المهام تجعل من يسترجع التراث النظري في هذا الشان يميز بين ثلاثة مراحل رئيسية لتطور ممارسة الخدمة الاجتماعية بشكل عام وتطور ممارسة خدمة الفرد بشكل خاص وهي :-

أ - المرحلة التقليدية أو الكلاسيكية :-

وتبدأ هذه المرحلة مع فترة العشرينيات من هذا القرن وحتى أواخر الخمسينيات منه وتتميز تلك المرحلة بسيطرة ما يسمي بالعلاج طويل الأجل Long-Term Treatment الذي يقوم علي التقدير العميق والعلاقة العلاجية هي بؤرة رئيسية لعملية العلاج ، ومن ثم فان نماذج الممارسة وفقا لهذا الشكل من العلاج أخذت تركز علي عملية اكتشاف مشاعر العميل ، الميل إلى التحدث حول طبيعة المشاعر وانعكاساتها اكثر من التركيز علي اتخاذ إجراء يتناول الصعوبات الفعلية والحقيقية للعملاء . فضلا عن إهمال مشكلات الحاضر والبحث في مشكلات الماضي لذلك جلس العملاء يتلقون مساعدات لسنوات طويلة متتالية وأصبحت المساعدة تقع علي عاتق الأخصائي فحسب .

وتشير فيرونيكا كالشيد Veronica Caulshed إلى المخاطر التي تعرضت لها الممارسة من إجراء الاعتماد علي العلاج الطويل الأجل ، والتي تتمثل في فقدان الهدف وضياع للجهد والخدمة فضلا عن سلبية العملاء نتيجة لتلقيهم المساعدات لسنوات طويلة دون جهد ويكفي الإشارة هنا إلى ما قالته " أتذكر انه في بداياتي الأولى كمراقبة للرعاية العقلية إنني كنت احتفظ بالحالات مفتوحة لسنوات طويلة ، وكانت تجري الزيارات علي أساس الصداقة ولكنها كانت عديمة الهدف وعديمة النفع نظرا لطول سنوات العلاج .

ومن بين هذه الاتجاهات اتجاه يطلق علية نظم الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية Systems of Generic Social Work Peactice. وظهر لهذا الاتجاه الجديد عدد من العلماء أمثال بينكس ، مينهان Pincus,Minahan ١٩٧٣ وسيبورين Siporin ١٩٧٥ وقد حاولوا بناء شكل جديد للتدريب علي الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في ضوء الاتجاه النظري الذي تقوم افتراضاته علي الجمع بين الممارسة المتسعة Macro والممارسة الضيقة Micro ، وعلي الرغم من محدودية ذلك الاتجاه وانه لم يكتب له الانتشار في كافه أوساط الممارسة إلا انه يحسب له انه محاولة للجمع بين العناصر المختلفة للمهنة فضلا عن انه ساعد علي اتساع أفق الأخصائيين الاجتماعيين وزيادة معارفهم في ضوء المقارنة بين أشكال التدخل التقليدية والحديثة .

وفي هذه الفترة ظهر نموذج التركيز علي المهام ويرجع الفضل الأكبر في نشأة هذا النموذج إلي مدرسة إدارة الخدمة الاجتماعية School Of Social Service Adminstration التابعة لجامعه شيكاغو .

وقد نمي هذا النموذج وتطور عن طريق العلاج القصير المخطط ، والذي اقترح فكرته ويليام ريد W. Reid ، ليورا ابستين L. Epstein والذي يستهدف التدخل المهني المنظم لمساعدة العملاء علي تحديد وتنفيذ مهام وأفعال تؤدي إلى حل المشكلة .

حيث قام كل من ويليام ريد W. Reid ، ليورا ابستين L. Epstein بتطبيق هذا النموذج بالتعاون مع طلبة الدراسات العليا بمدرسة أدراة الخدمة الاجتماعية بشيكاغو علي اكثر من ألف حالة من ذوي الأنماط الإشكالية المختلفة المدرسية والنفسية وغيرها .

وقد حقق هذا النموذج نتائج إيجابية مع معظم الحالات التي تم التعامل معها مما ساعد علي سرعة تطويره وانتشاره وتبنته كثير من مدارس الخدمة الاجتماعية بالولايات المتحدة الأمريكية وكذلك بدأ طلبة الدراسات العليا ـ مرحلة الدكتوراه في تطبيقه واستخدامه وتجربته من خلال البحوث التي يعدونها للحصول علي الدرجات العلمية .

ويذكر ريد Reid ، ابستين Epstein في كتابيهما ممارسة التركيز علي المهام Task-Centered Practic أن المستشار Counsolor في هذا النوع من العلاج ليضع كل اهتمامه في اكتشاف وتوضيح مشكلات العميل ، وأثناء المقابلات الأولى قد يكتشف المستشار مشكلات لم تكن تحظي باعتراف العميل ولم تكن ضمن اهتمامه ومن ثم فان ريد ، ابستين يؤكدان علي أهمية المقابلة الأولى والثانية حيث يتوصل الممارس من خلالها إلى اتفاق معلن وواضح حول طبيعة المشكلات التي سوف يتعامل معها . بالإضافة إلى الاتفاق علي زمن وحجم الخدمة التي سوف تقدم لحل المشكلة .

وقد اعتمد نموذج التركيز علي المهام علي عاملين رئيسيين هما :ـ

١. بناء الوقت بشكل يتيح تقديم افضل خدمة في اقل وقت .
٢. الاعتماد علي النظرية الحرة في العلاج واستنباط التكنيكات المناسبة لحل المشكلة .

وساعد علي تطور ونمو هذا الاتجاه الاهتمام بالبحوث المستمرة والتي يطلق عليها البحوث التقويمية ، وكان الغرض منها تحسين نسق الممارسة ، فنذكر من بين هذه الأبحاث علي سبيل المثال لا الحصر ما يلي :ـ

دراسة ريد Reid شاين Shyen ١٩٦٩ والتي أجريت في أمريكا الشمالية North America لمدة أربع سنوات لمقارنة العلاج الطويل بالعلاج القصير في ممارسات خدمة الفرد

وقد قدم للعملاء في هذه الدراسة نوعين من خدمات التدخل المهني للخدمة الاجتماعية والذي يرمز له باختصار PSTT وتعنى Plannd Short Term Treatment - العلاج القصير المخطط ، ويتكون هذا النوع من العلاج من ثماني مقابلات . أما النوع الثاني من خدمات التدخل المهني يطلق عليه الممارسة التقليدية التي تستخدم في مؤسسات العلاج الطويل الأجل والذي قد يستمر لمدة ثمانية عشر شهرا. وهى ما تعرف بالعلاج الممتد ، وكان من نتائج هذه التجربة إن العملاء في جماعة العلاج القصير تحسنوا بشكل افضل و أسرع من هؤلاء الذين تلقوا الخدمات المستمرة في برنامج العلاج طويل الآجل ، وكان تفسير هذه النتيجة إن العملاء فقدوا الثقة في قدرتهم على المكافحة من اجل حل مشكلاتهم في نطاق برنامج العلاج طويل الآجل بالإضافة إلى اعتمادهم المطلق على الممارس في تقديم عملية المساعدة مما زاد من شعورهم بالسلبية والتواكل .

ومما ساعد على انتشار هذا العلاج بعد ذلك إن نتائج هذا البحث نقلت إلى بريطانيا بمعرفة الباحثين بالمعهد القومي للخدمة الاجتماعية National Institute Of Social Work واكتشفوا إن العناصر الرئيسية في تجربة ريد ، شاين تعتمد علي الأهداف المحددة التي يتم اختيارها بمعرفة العميل ، وان تحديد الأهداف جعل من نتائج العلاج القصير الآجل اكثر فاعلية واكثر قدرة من العلاج الطويل الآجل .

ثم بدأت بعد ذلك فكرة هذا العلاج تنتشر علي أيدي ريد ، شاين وكثيرين من تلاميذ ريد الذين شعروا بأهمية هذا النموذج وظهرت العديد من الدراسات الدولية والمحلية التي استخدمت هذا الاتجاه .

* <u>مميزات طرق العلاج بالتركيز علي المهام</u> : -

١. إن العلاج بالتركيز علي المهام لا يأخذ في الحسبان الخبرة الفردية فحسب ، ولكن يجمع إلى جانب ذلك الخبرات التضامنية والجماعيـــة أثناء مراحل بحث المشكلة وكذلك أثناء عمليـــة الاتفاق وتنـفيذ المهام . كما يـــوضح هيـريمان Hirayaman وسينتنجوك Centingok ١٩٨٨ إن نموذج التركيز علي المهام يتناول إلى جانب العوامل الداخلية العوامل الخارجية التي تشكل قوي ضاغطة علي حدوث المشكلة ، ويمكن استثمارها في عملية العلاج كحقوق الرعاية والإسكان وغيرها .

٢. إن نموذج التركيز علي المهام مثله مثل المداخل الأخرى - النفس الاجتماعي والسلوكي - يركز علي الأفراد والأزواج والأسر والجماعات والمنظمات الصغيرة . كما انه يـــقوم علي تحديد ماهية نماذج وأنظمة العلاج التي يمكن أن تصلح لإيجاد حلول لأنواع مختلفة من المشكلات .

٣. من مميزات هذا النموذج أيضا انه يحدد جوانب القوة في الأفراد أو في شبكات المساعدة التي يمكن استخدامها كمصادر تعاون في حل المشكلات حيث يفترض إن الإنسان يمتلك القدرات الذاتية لحل مشكلاته مثل قدرته علي أن يبدأ وينفذ أفعالا للحصول علي ما يرغب فيه . كما ينظر نموذج التركيز علي المهام إلى الإنسان علي انه قليل الخضوع للدوافع اللاشعورية كما في نظريات التحليل النفسي ، وقليل الخضوع للمؤثرات البيئية كما في النظرية السلوكية فهو ينظر للإنسان علي انه يملك العقل والإرادة التي تستطيع التفاعل مع المؤثرات الخارجية والداخلية دون الخضوع لها .

٤. ومن مميزات هذا النموذج أيضا إن العلاقة في هذا الاتجاه لا تعتمد علي خط واحد يتجه من الأخصائي نحو العميل بل تكون علاقة علي قدم وساق تقوم علي تبادلية الاتجاه بين أطراف عملية المساعدة .

٥. ومن مميزات هذا النموذج انه لا يعتمد علي أساس نظري محدد فلا تكفي نظرية واحدة لتفسير المشكلات المتعددة المتنوعة التي يتعامل معها الأخصائيون الاجتماعيون بل انه يعتمد علي العلاج الحر حيث يمكن للأخصائيين اختيار النظريات المناسبة للعلاج من بين النظريات المتاحة لهم .

* **نماذج للمشكلات التي يتعامل معها نموذج التركيز علي المهام : -**

هناك أنماط إشكالية متعددة يمكن أن يتعامل معها نموذج التركيز علي المهام بالإضافة إلى إن هذا النموذج حقق فاعلية مع أنماط المشكلات التالية : -

١. الصراعات الشخصية Interpersonal Conflict أو المشكلات التي تتعلق بالتفاعل بين شخصين علي سبيل المثال : مشكلات التفاعل بين الزوج والزوجة ، بين الوالدين والطفل ، بين المدرس والتلميذ .

٢. مشكلات عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية Dissatisfaction in Social Relation مثل مشكلات الانعزال أو الاعتماد الزائد أو مشكلات ضعف الثقة بالنفس التي تجعل الفرد يقع تحت ضغوط في علاقاته بالآخرين .

٣. المشكلات المتعلقة بالمنظمات الرسمية Problems With Formal organization والتي تتمثل في صعوبات العلاقات التـــي يـــواجهها العميل مـــع مثل هذه التنظيمات كالمؤسسات الاجتماعية ، المستشفيات والمدارس والمؤسسات العلاجية .

٤. صعوبة أداء الدور Difficulity in Role performance والتـــي تتمثل في عجز الفرد (العميل) عن أداء أدواره الاجتماعية : مثل دور الأب ، الـــزوج ، المـــوظف الطالب .

٥. مشكلات التحول الاجتماعي Problems of Social transition والتي تنشأ نتيجة لتغيرات مصطنعة أو حقيقية في الدور أو الموقف الاجتماعي للعميل مثل الإقامة في مؤسسة أو الانفصال عن الأسرة .

٦. الضغوط الانفعالية التفاعلية Reactive Emotional Distress والتي تنشأ عادة عن مشكلات القلق أو الاكتئاب .

٧. مشكلات نقص الموارد Inadequate Resources مثل نقص المال أو فقدان السكن أو الوظيفة أو نقص الرعاية الطبية .

* المفاهيم الرئيسية لنموذج التركيز علي المهام :-

يعتمد نموذج التركيز علي المهام علي ثلاثة مفاهيم أساسية تتمثل فيما يلي :-

- المشكلة Proplem
- المهمة Task
- العائق Obstacle

وسوف نتناول هذه المفاهيم بالتوضيح علي النحو التالي :

أولا - المشكلة : Proplem

من المعروف إن الهدف الاسمي للخدمة الاجتماعية هو مساعدة العملاء علي تجنب مشكلاتهم النفسية والاجتماعية . ويتحقق هذا الهدف في إطار مستويات مختلفة تتعلق بالأفراد والأسر التي تعبر عن المشكلة كما انه يتحقق علي مستوي الجيرة ، المجتمع المحلي .

ولعل تعدد مستويات المشكلات النفسية والاجتماعية يمكن مواجهته بشكل أكثر دقة إذا تم تنظيم هذه المشكلات حول تصنيف شائع للمشكلة Common Problem Typology ومن ثم تبادل المعلومات حول نمط المشكلة وتكراريتها بين انساق العلاج مما يسهل عمل المعالجين الفرديين والمخططين لإيجاد الحلول المناسبة لتلك المشكلة .

ثانيا ـ المهمة : Task

إن مصطلح المهمة شاع استخدامه بين عدد من كتاب الخدمة الاجتماعية مثل بارتليت Bartlett ١٩٧٠ ، سيبورين Siporen ١٩٧٥ . وإذا كانت المهمة تري علي إنها نمط من أنماط الفعل المرتبطة بحل المشكلة فإنها في هذه الحالة ترتبط بالخدمة الاجتماعية ككل وكما أوضح بينكس Pincus ، مينهان Minahan ١٩٧٣ فان تدخل الخدمة الاجتماعية يرتبط بشكل خاص من أشكال الممارسة يجعلها تتخذ خطوات تقبل التنفيذ بواسطة انساق الأداء Action Systems ، والتي تتكون من العملاء والأخصائيين وآخرين غيرهم .

ولذلك فان عناصر تخطيط المهمة وتنفيذها بالاشتراك مع العملاء الأفراد أو الأسر يشكل سلسلة من الأفعال التي يتحتم علي العميل تنفيذها إذا رغب في حل المشكلة ، وتشمل المهمة سلسلة من الخطوات مثل تخطيط المهمة ، بناء الباعث وتدريب العميل علي الأفعال التي تنطوي عليها المهمة حتى يمكن تطبيقها .

ويمكن تصنيف المهام من خلال عدة مداخل منفصلة من الناحية النظرية ولكنها متداخلة من الناحية العملية وأهمها :-

المهام العامة والمهام الإجرائية : ـ

المهام العامة هي تلك المهام التي تعطي للعميل التوجيه في الأداء ولكنها لا توضح تماما ما الذي يجب أن يقوم به . أما المهام الإجرائية فهي التي تدعوا إلى القيام بواجبات محددة واضحة يجب أن يقوم بها العميل .

المهام التي تنفذ لمرة واحدة والمهام المتكررة

هناك مهام يطلب من العميل القيام بها مرة واحدة مثال ذلك تقديم الاعتذار للزوجة وهناك مهام متكررة بمعني أن العميل علية القيام بها اكثر من مرة مثال ذلك الطالبة التي ستقوم بأداء واجب الحساب ساعة كل يوم ولمدة أسبوع .

المهام البسيطة والمهام المعقدة :

المهام قد تكون أحادية بسيطة أو تكون معقدة ، والمهام البسيطة يشار إليها علي إنها مهام تؤدي بواسطة فرد حتى وان كان ذلك يتضمن العديد من الخطوات مثال ذلك : الزوجة سوف تلتحق بمشروع الأسر المنتجة بعد الحصول علي التدريب اللازم . أما المهام المعقدة فهي التي تتضمن جهود أكثر من فرد بمعني إنها مجموعة من المهام المنفصلة وإن كان بينها علاقة مثال ذلك الطفل سوف يقوم بقراءة ثمان صفحات من الكتاب يوميا علي أن تقوم الأم بمساعدته علي فهم بعض الكلمات .

د ـ المهام الفردية والمتبادلة والمشتركة :

المهام قد تكون فردية Individual أو متبادلة Reciprocal أو مشتركة Shared وكما سبق أن أشرنا فان المهام الفردية هي تلك التي تنفذ بواسطة عميل بمفرده حتى وان تضمنت العديد من الخطوات ، أما المهام المتبادلة فهي مهام متداخلة يتم تنفيذها بواسطة أفراد مختلفين

وغالبا ما يكونون من نفس الأسرة أو هي تشير إلى الفعل ورد الفعل ، فمثلا الأب قد يوبخ الابنة لو أنها تأخرت عن الرجوع إلى المنزل بعد الساعة التاسعة الأمر الذي يدفع بها إلى الحضور قبل الموعد مما دفع الأب هو الأخر إلى التوقف عن التوبيخ . أما المهام المشتركة فهي تشير إلى مهمة واحدة بين شخصين أو أكثر مثال ذلك الزوج والزوجة سوف يذهبان سويا إلى السينما أو إلى المحكمة لحضور جلسة .

ثالثا ـ العائق Obstacle

إن نموذج التركيز علي المهام يبحث عن العوائق التي تحول دون حل المشكلة أو يعمل علي تذليلها أو تقليل آثارها السلبية ما أمكن . وتنقسم العوائق إلى عده أنواع من بينها العوائق الخارجية مثل نقص الموارد أو السياسات التنظيمية الخاطئة وهي عوائق تحول دون أن يحقق الناس أهدافهم في الحياة . ومن ثم فان مواجهة مثل هذه العوائق تتطلب أن يعمل المنظمون والمخططون الاجتماعيون في إطار من التنسيق والتعاون مع المعالج الفردي ، وهناك العوائق الداخلية التي تحول دون تنفيذ المهام العلاجية مثل حالات الكسل أو ضعف الرغبة في حل المشكلة أو سلبية الأطراف الأخرى التي تتأثر بها " المشكلة " ولها دور في حدوثها .

* استراتيجيات ومراحل العلاج بالتركيز على المهام :

إن استراتيجية التدخل المهني باستخدام نموذج التركيز علي المهام تحاول تحقيق الهدفين التاليين : ـ

١. مساعدة العملاء علي حل المشكلات التي تخصهم .
٢. تقديم خبرة جديدة للعملاء فيما يتعلق بعملية حل المشكلة تحسن من طاقاتهم وقدراتهم المستقبلية للتعامل مع الصعوبات وتنمي لديهم الإرادة لتقبل المساعدة .

ولذلك فان هدف التقدير Assessment في نموذج التركيز علي المهام ليس كما هو الحال في النظرية السيكودينامية دراسة الاستجابة الانفعالية للعملاء أو دراسة تاريخ الحياة وإنما يستهدف التقدير تحديد ما يلي : -

١. متطلبات الأداء Action Requirements
٢. معوقات الأداء Obstacles to Action
٣. القيود التي لا يمكن تغيرها Unchangeable Constraints

- وحينما يستخدم نموذج التركيز علي المهام مع المشكلات الأسرية فان هذا يفترض إن الجلسة الأسرية ينبغي أن تتم في ضوء وجود اثنين علي الأقل من أعضاء الأسرة ، بحيث يري كل منهما الآخر في إطار الجلسات الأسرية وتكون لهم القدرة علي تحديد المشكلة أو من أمثلة ذلك الأزواج أو الأباء ، ويعتمد هذا النموذج علي عدة مراحل تتمثل فيما يلي : -

أولا - المرحلة الاستهلالية Initial Phase

ويمكن إيجاز هذه المرحلة في جلستين فرديتين أو اكثر تستغرق زمن كل منها ساعة واحدة حيث تشمل هذه المرحلة علي عدة خطوات : -

١. مسح المشكلة Problem Survey

حيث يضع الممارس جملا تقريرية عن كل عضو من أعضاء الأسرة فيما يتعلق برؤيته للمشكلات التي ينبغي أن يعمل علي حلها حيث يطلب الأخصائي من الأسرة أن تستحضر مشكلاتها ، وعلي الأخصائي أن يتأكد بأنه قد أعطى كل عضو الفرصة كاملة كي يكون له صوتا مسموعا يعبر به عن رأيه حول طبيعة المشكلات التي يسعي لإيجاد حلول لها . ويكون دور الممارس في تلك الخطوة هو دور المسهل Facilitator والذي يسهل لأعضاء الأسرة عملية استحضار المشكلات التي يواجهونها وتستخدم الأسئلة في تلك الخطوة بشكل قليل .

ويرتكز الهدف أساسا علي توضيح المعاني والتفاصيل المرتبطة بالمشكلة .

٢. الاكتشاف المبدئي للمشكلة وصياغتها :

Initial Problem exploration and Formulation

في هذه الخطوة يقوم الأخصائي بتنظيم النقاط الهامة المرتبطة بالمشكلة وصياغتها في شكل مفاهيم تعبر عن حقيقة المشكلات الأسرية ، والتركيز هنا في هذه الخطوة يتمثل في البحث عن ماهية الاضطراب الذي يواجه الأسرة كما يراه أعضاء الأسرة أنفسهم .

- ويبعد نسبيا عن البحث في كيفية حدوث هذه الاضطرابات لأنها مرحلة تفسيرية سوف يلجا إليها الممارس في حينها ، وفي هذه الخطوة ليس من الضروري الالتزام بالحصول علي معرفة تفصيلية عن تكرارية تلك المشكلات، ولكنه يحتاج إلى تفصيل يساعد فقط في وصف وتحديد أولويات تلك المشكلات وتداخلها مع قضايا أخرى .

وعلي الرغم من أن المشكلات التي يتم اكتشافها في تلك الفترة هي تلك المشكلات كما يراها أعضاء الأسرة فان مسئولية الممارس هي صياغة تلك المشكلات صياغة مهنية سليمة .

تتمشي مع حقيقتها الفعلية داخل الأسرة ، وأيضا في ضوء ملاحظات الممارس لأعضاء الأسرة اثناء عرضهم تلك المشكلات ، ويتحقق ذلك كله في ضوء توافر عدة عناصر تنظم وتسهل تحقيق عملية الاتصال بين الممارس وأعضاء الأسرة وهي تشكل في حد ذاتها محاور للملاحظة المهنية بالنسبة للممارس المهني تتضمن :-

١) المتحدث **Speaker** : من هو من أعضاء الأسرة وما هي رؤيته للمشكلة .

٢) المحتوي **Content** : طبيعة الأفكار التي توضح مظاهر المشكلة .

٣) المسئوليات والنتائج Responsibilties and Consequences ، وتتمثل في تحديد مسئولية كل عضو من الأعضاء وتحديد دوره في خلق المشكلة والنتائج المترتبة علي ذلك .

٤) الاعتراف Acknowledgment : من الذي يتولي عرض مشكلة الأسرة في البداية علي أساس انه يري انه الشخص الذي لعب الدور الأساسي في حدوثها .

٥) أنماط العلاقات Relationship Patterns : كيف يحدد ويعرف أعضاء الأسرة ما يواجهونه من مشكلات في ضوء ما بينهم من علاقات .

٣ - صياغة المشكلات Formulating Problems

في هذه الخطوة يقوم الممارس بأعداد صياغة مهنية للمشكلات تتم في شكل مصطلحات داله علي طبيعة المشكلة ، ومن أمثلة ذلك مشكلات التفاعلات بين أعضاء الأسرة أو مشكلات الأسرة ككل ، ويتم صياغة المشكلة بالتعاون مع الأسرة ، وقد لا يستطيع الممارس صياغة المشكلات صياغة نهائية في المقابلات الأولى لأنها تحمل كثيرا من مشاعر التوتر ، ويوجه كل عضو من أعضاء الأسرة اللوم للآخر لما له من دور في خلق المشكلة .

لذلك يفضل أن يبدأ الممارس في صياغة المشكلة بعد استقرار المشاعر الأسرية بشكل نسبي .

ويوضح ويكلاند Weakland ، سيجال Segal ١٩٨٢ أهمية أن يعطي الممارس لأعضاء الأسرة الفرصة الكاملة لصياغة تعريفات مختلفة للموقف كل حسب وجهة نظره وحسبما يري المشكلة ويطلق علي هذه العملية إعادة وضع المشكلة في إطارها الصحيح Reforming وهي عملية تساعد في : ـــ

أ- إعادة تعريف المشكلة بشكل جيد .

ب- وضع المشكلة في صورة مصطلحات بنائية ذات طابع أجرائي .

٤ ـ تحديد الأهداف والمشكلات المستهدفة :

Determing Target Problems and Goals

إن اكتشاف المشكلة سوف يترتب علية عده قضايا نوعية أخرى ، وفي هذه الخطوة يسجل الممارس ويراجع المشكلات ومقترحات حلولها في ضوء الاعتماد علي ما قدمه أعضاء الأسرة من بيانات ، كذلك يقوم الممارس بتحديد المشكلة الأولى التي سوف يقوم بالتعامل معها .

والتي في ضوئها يتم التعامل مع باقي المشكلات . وعادة فان اختيار المشكلة التي يتم العمل الفوري معها يعتمد علي درجة أهميتها بالنسبة لمعظم أفراد الأسرة ، وإذا حدث تعارض بين أعضاء الأسرة حول اختيار المشكلة التي تكون موضوع الحل فان الممارس عادة ما يختار المشكلة التي تبدو اكثر قابلية للتغيير ، والتي يحدث حلها تقدما سريعا في حياة الأسرة ، ولتفادي أي تعارض قد يحدث داخل الأسرة بسبب الاتفاق علي تحديد أولويات المشكلات التي ينبغي إخضاعها للعمل .

وينبغي أن تقدم المشكلة التي تم اختيارها في شكل صياغة عامليه أو إجرائية ، وهذا ما تعتمد علية الممارسة الأسرية التي تقوم علي التركيز علي المهام .

وفي هذه الخطوة أيضا ينبغي الاهتمام بوضع وتحديد الأهداف العامة والأهداف الإجرائية التي تؤدي إلى حل المشكلة ، وينبغي أن تتم هذه الخطوة في ضوء المشاركة بين الأخصائي والعميل ، وذلك لأنها تحقق الأهداف التالية :ـ

١. تساعد الأخصائي علي اختيار استراتيجيات وتكنيكات التدخل المناسبة .

٢. توجه الأخصائي والعميل نحو تحقيق التغيير المستهدف .

٣. يعتبر تحديد الأهداف بمثابة دليل لكل من الأخصائي والعميل لقياس التقدم في حل المشكلة .

كذلك فان تحديد المشكلات المستهدفة يتطلب من الممارس التركيز علي بعض النقاط مثل :-

أ- متي بدأت المشكلة وما هي الحقائق المرتبطة بها في الوقت الحاضر .

ب- شدتها ومعدلات تكرارها خلال فترة زمنية قصيرة .

جـ- الجهود التي بذلت من اجل حلها .

د- المعوقات التي حالت دون إيجاد حلول مناسبة لهذه المشكلة .

هـ- العوامل السياقية الأخرى المرتبطة بها .

٥ - التعاقد والتوجيه Orientation and Contract

بعد الاتفاق علي المشكلات المستهدفة والأهداف التي يؤمل تحقيقها يقوم الممارس بشرح المدخل الذي يخطط لاستخدامه مع الأسرة ، وينبغي علية أن يفسر للعملاء ما يحققه هذا المدخل عند التعامل مع المشكلات المستهدفة والأهداف التي ينوي تحقيقها ، وسوف يكون للممارس الدور الأكبر في توجيه العملاء لبذل الجهود المرتبطة بحل المشكلة .

وينبغي أن تنتظم تلك الجهود في إطار مهام إجرائية قابلة للتنفيذ ، وقد تحتاج هذه العملية عده مقابلات تتراوح ما بين ٨ ـــ ١٢ مقابله ، وينبغي أن يتم الاتفاق شفاهية أو كتابه علي ما تم الاتفاق علية بين الممارس وأعضاء الأسرة من حيث تحديد المشكلات المستهدفة والأهداف المرتبطة بها ، وكذلك المهام المتوقعة لحل المشكلات وتحقيق الأهداف والمدي الزمني لذلك ويطلق علي هذه الخطوة عملية التعاقد .

٦ ـ مهمة الجلسة الأولى Initial session Task

يعد الممارس مهمة الجلسة الأولى بحيث يعمل كل أعضاء الأسرة معا لعدة دقائق في تناول المشكلة الأولى Firstproblem التي سوف يتعاملون معها ، ومن هنا فان المهمة المحددة تؤدي وظيفتين : الأولى تقديرية والثانية علاجية ، وكذلك فهي تساعد الممارس في التعرف علي كيفية التفاعل الحادث بين أعضاء الأسرة وتساعد أيضا في توفير البيانات اللازمة لحل المشكلة ، وتحديد مهارات الاتصال .

-والمهمة كأداء علاجي تتيح لأعضاء الأسرة الفرصة للبدء في تدبير الحلول اللازمة للمشكلة التي يتعاملون معها . وكذلك تتيح الفرصة لتنمية طرق بنائية للتفاعل . وقد تتم المهمة في حضور كافه أعضاء الأسرة أو قد تتم في وجود تفاعلات ثنائية كالأزواج والوالدين وغيرهم .

٧ ـ مناقشة المهمة التالية والتخطيط لمهمة المنزل الأولى

بعد أن تقترب مهمة الجلسة الأولى من الانتهاء يبدأ الممارس في الاستجابة لجهود الأسرة حيث يعطي المشاركون في مهمة الجلسة الأولى فرصا إيجابية تنمي وتدعم تفاعلاتهم ، وقد تتطلب الجلسة الأولى جلسات متتالية إضافية لتحقيق مزيد من التوضيح للمشكلة محل العلاج علي سبيل المثال قد ينشأ نمط للاتصال بين أعضاء الأسرة ، ولكن الممارس في حاجة إلى أن يتأكد من أن نماذج الاتصال الحالية يمكن أن تفسر كيفية حدوث الاتصال بين أعضاء الأسرة داخل المنزل .

وبذلك فان الممارس يساعد أعضاء الأسرة علي بناء وتنمية مهام منزلية ينبغي أن تصاغ وتحدد بشكل واضح وتساعد علي تحقيق معدلات إنجاز عالية ، وتقوم علي تحقيق التوازن أثناء عملية التنفيذ بحيث يأخذ كل عضو من أعضاء الأسرة مسئولية محددة في تنفيذ المهام التي تكلف بها الأسرة .

ثانيا ـ مرحلة الوسط Middle Phase

إن المرحلة الثانية من مراحل العلاج بالتركيز علي المهام يطلق عليها مرحلة الوسط ، وتتكون من سلسلة من المقابلات وتعتمد علي الأساليب الرئيسية التالية : ـ

١ ـ مراجعة المهمة والمشكلة المصاحبة لها . حيث تفتتح المقابلة بمراجعة المهمة التي كلفت بها الأسرة في الجلسة السابقة ، وفاعلية تلك المهمة في التقليل من حدة المشكلة المستهدفة ، وتساعد عملية المراجعة في تحقيق عدة أهداف من بينها : ـ

أ. مراجعة التغيرات التي حدثت للأسرة سواء كانت سلبية أو إيجابية .

ب. تساهم في مراجعة ما قام به الممارس والعميل من أفعال تم الاتفاق عليها .

جـ. تساهم في مراجعة التغيرات التي حدثت في المشكلات المستهدفة .

د. تساهم في تحديد ما يجب فعلة في الجلسات التالية : حيث أن تحديد محتويات كل جلسة يتوقف علي نتائج ومخرجات الجلسة السابقة ، ويحاول الممارس تجميع جهد الأسرة للتركيز علي مشكلة بعينها بدلا من الانتقال السريع من قضية لأخرى دون تحديد إجرائي واضح لمشكلة بعينها يمكن البدء بها .

٢ ـ تحليل السياق : أثناء مراجعة المهام والمشكلات تظهر مجموعة من العقبات التي تحول دون تنفيذ جيد للمهام ، ومن ثم يجب علي الممارس تحليل سياق الأسرة والتعرف علي العوامل المسببة لهذه المعوقات : هل ترجع لأداء أفراد الأسرة أو إلى طبيعة التفاعلات بينهم .

أم إنها ترجع إلى انساق وعوامل خارجية ، يطلق علي هذه العمليات تحليل السياق والتعرف علي المعوقات التي تحول دون تنفيذ المهام والتي من بينها : ـ

أ. نقص الموارد المادية للعميل واللازمة لإنجاز المهمة مثل النقود ، الرعاية الطبية .

ب- نقص المدعمات Reiforcements الهامة التي يحتاجها العميل من الأشخاص المهمين في حياته .

جـ- نقص مهارات العميل اللازمة لإنجاز المهمة .

د- المفاهيم الخاطئة للعميل ومخاوفه غير المنطقية والتي تعوق تنفيذ المهام .

٣ - تحديد المهام البيئية والمنزلية .

وهي سلسلة من المهام يحددها الممارس ، ويقوم بتوزيع مسئوليات تنفيذها علي أعضاء الأسرة ، حيث تبدأ عقب كل جلسة من جلسات التدخل المهني ، وينبغي أن يخصص الممارس جلسة لمراجعة تنفيذ المهام ، وتحديد المعوقات التي حالت دون اكتمال التنفيذ والاستفادة بما يسمي بالتغذية العكسية في الجلسات التالية .

ثالثا - مرحلة الإنهاء Termination

إن نهاية العلاج تعني الاكتفاء بما تم تقديمه من جهود علاجية للعميل ، وفي نموذج التركيز علي المهام تعتبر عملية الإنهاء هي النشاط الأخير Last Activity الذي يقوم به الممارس في هذا النموذج .

وعلي اعتبار إن نموذج التركيز علي المهام من النماذج العلاجية المخططة فهو يقوم علي عنصر تحديد الزمن Time-Limited فان نقطة الانتهاء هي سلسلة من التدابير والتي تعتبر جزءا من أجزاء عملية التعاقد العلاجي ، ومع نقطة النهاية يقوم الممارس والعميل بصياغة السلسلة النهائية من المهام ، والتي سوف تنفذ في المقابلات الأخيرة التالية .

وتمثل المقابلة الأخيرة أهمية قصوى في عملية الإنهاء حيث يقوم الممارس بالاشتراك مع العميل لتحقيق الخطوات التالية :ـ

١. مراجعة وتقدير ما تم إنجازه خلال عملية العلاج في إطار المشكلات التي تقدم العميل بها .

٢. تقديم خطة تشتمل علي التوجيهات اللازمة للعميل باستمرار في مواجهة مشكلاته إذا احتاج الأمر لمزيد من العمل المستقبلي لحل هذه المشكلات .

٣. مساعدة العميل علي أن يري طرق حل المشكلة التي تعلمها خلال عملية تقديم المساعدة كي يستفيد بهذه الطرق العلاجية في مشكلاته الأخرى .

وتشتمل عملية الإنهاء علي ثلاثة مراحل رئيسية سوف نتناولها علي النحو التالي : ـ

أولا ـ المراجعة النهائية للمشكلة Final Problem Review

إن المراجعة النهائية للمشكلة هي التقدير المنظم لحالة العميل في ضوء مشكلاته المستهدفة بالحل وكذلك للمشكلات الأخرى التي يحتمل أن يواجهها مستقبلا . وكذلك تقدير العميل الشخصي وادراكة لطبيعة التغيرات التي حدثت في المشكلة التي تقدم لحلها .

ولعل هذه المراجعة تساعد العميل ليس فقط علي أن يري الإنجاز العلاجي الذي تحقق ولكنها تساعد أيضا الأخصائي وزملائه علي أن يكون لديهم أساس منطقي للحكم علي فاعلية العلاج . وهناك بعض التغيرات التي تحدث عادة في المشكلات المستهدفة وتكون هذه التغيرات ذات طابع جيد حيث إنها تشعر العميل بأنه اكتسب الخبرة التي تؤهله علي الأقل في تحقيق قدر من النجاح فيما يقوم به من مهام . كما إن هذه التغيرات تشعر العميل بأنه قادر علي السيطرة علي المشكلة مما يدعو إلى إنهاء العلاج Mastery .

وتشمل المراجعة النهائية للمشكلة علي خطوتين هامتين هما : -

١. تقدير العميل للتغير Client Assessment of Change ويتم هذا التقدير من خلال أدراك العميل للتغير الذي حدث في الظروف المصاحبة للمشكلة . والمتاعب التي كان يواجهها من جراء تلك الظروف بالمقارنة بمشاعر الارتياح التي تصاحب العميل بعد التغلب علي هذه الظروف . كذلك يستطيع الممارس أن يقارن هذا التغير الذي حدث للعميل في ضوء التدخل باستخدام نموذج التركيز علي المهام .

٢. تقدير الآخرين للتغير Others, Assessment of Change

ويتم تقدير الأخريين للتغير الحادث في ضوء سؤالهم سواء بالتليفون أو عن طريق مقابلات فردية أو جماعية يجريها الممارس مع هؤلاء الذين لهم علاقة مباشرة بالعميل كالأقارب والأصدقاء للتعرف علي إدراكهم لطبيعة التغيرات في المشكلات المستهدفة والتي تقدم بها العميل لطلب المساعدة ، ودرجة تغير سلوك العميل وكذلك ظروفه وقد يحتاج الأمر من الممارس إلى تعريف هؤلاء بطبيعة المشكلات المستهدفة التي تقدم بها العميل والصعوبات التي كانت مرتبطة بهذه المشكلات .

ثانيا - التخطيط لما بعد العلاج :

إن مراجعة المشكلة تؤدي بشكل طبيعي إلى التخطيط لفترة ما بعد العلاج وما الذي يجب أن يفعله العميل ليحافظ علي ما قام بإنجازه خلال جهود حل المشكلة ، وكذلك ما هي الأفعال التي يجـــب أن يقوم بها تجاه مشكلات لازالت قائمة ، ومن هنا فان مهام المستقبل Future Tasks عادة ما تمتد وتستمر بحيث توضح تلك المهام ما يجب علي العميل فعله في إطار تخطيط جيد يقوم علي مناقشة العقبات والمعوقات الحقيقية التي يمكن أن تحدث ، كذلك تحدد هذه المهام طبيعة المساعدة التي يمكن أن يتلقاها العميل من المؤسسة في مرحلة ما بعد العلاج .

إن فترة ما بعد الخدمة تتطلب من الممارس أن يحاول أن يجد عملية حل المشكلة التي تعلمها العميل أثناء مرحلة العلاج . وينبغي علي الممارس أن يستخدم لغة بسيطة بعيدة عن اللغة الفنية Technical Languge حتى يسهل علي العميل فهمها واستيعابها بحيث يستطيع العميل أن يستخدم ما تعلمه مرة ثانية إذا ما واجهته مشكلات أخرى ، وان يستطيع مرة ثانية أن يحدد مشكلته في مصطلحات سلوكية ، وان يحدد المهام الكبري اللازمة لمواجهة مشكلته ، وكيف يمكنه أن يجزئ المهام الكبيرة إلى مهام صغيرة إجرائية قابلة للتنفيذ ، وكيف يمكنه التغلب علي العقبات والمعوقات التي تحول دون تنفيذ المهام ومن ثم تعرقل جهوده لحل المشكلة .

ونستنتج من ذلك أن نموذج التركيز علي المهام يقوم علي مبدأ تعميم الخبرة ويتمثل ذلك في مساعدة العميل علي تعميم ونقل خبرته الحالية حتى ولو بطريقة محدودة إلى مواقف حياتية أخرى في المستقبل .

ثالثا ـ إعادة التعاقد إذا لزم الأمر :

كما هو متبع في عملية الإنهاء فان الأمر قد يتطلب تطوير أو الانتقال من بنود العقد الراهن إلى عقد جديد يتناول أوضاعا سيئة أخرى في حياة العميل ، ويتم إعادة التعاقد في إطار ما يسمي التمديد المحدود Limited Extensions حيث إن المدي القصير للخدمة ـ والذي عادة ما يشتمل علي أربع جلسات ـ والذي يتم بعد الاتفاق علي نقطة النهاية يكون الهدف منه استكمال الأعمال التي لم تنته بعد ، وعادة ما يستخدم التمديد عندما تظهر الحاجة إلى وقت إضافي يمكن استخدامه لمساعدة العميل كي يحقق تقدما ملحوظا في المشكلة المستهدفة حيث يحتاج العميل إلى بداية أخرى للعمل من اجل استكمال حل المشكلة أو حل مشكلات لم تكن موجودة أثناء عملية العلاج .

* **تكنيكات العلاج بالتركيز علي المهام :**

إن استراتيجيات العلاج الخاصة بنموذج التركيز علي المهام نبعت من شكل من أشكال ممارسة خدمة الفرد يطلق علية الممارسة المهنية لخدمة الفرد المقننة Standard Professional Casework Practice وهو نوع من ممارسات خدمة الفرد الذي طبق علي أيدي أخصائي خدمة الفرد – ممن يتلقون تدريبا للدراسات العليا – في مؤسسات خدمة الفرد وفي مدارس متنوعة للخدمة الاجتماعية ، وذلك في ضوء الاعتماد علي بعض الكتابات الخاصة بخدمة الفرد امثلة جوردون هاملتون Gordon Hamilton ١٩٥١ وفلورنس هوليس Florence Hollis ١٩٦٤ .

إن الاستراتيجية الأساسية لخدمة الفرد باستخدام التركيز علي المهام تقوم علي افتراض أساسي وهو فاعلية وكفاءة طرق العلاج العادية المستخدمة في ممارسة خدمة الفرد يمكن أن تزيد إذا ركزنا علي مساعدة العملاء لإنجاز أهداف محددة وخاصة التي يختارها العملاء أنفسهم وتنفذ خلال فترات قصيرة من فترات الخدمة .

لذا يستخدم الممارس مجموعة من التكنيكات تمكنه من تحقيق أهداف النموذج حيث أن التكنيكات هي جهود تمثل الاستخدام المهني للممارس لتوظيف الأساليب العلاجية ، واهم التكنيكات المستخدمة في هذا النموذج هي :-

١ - الاكتشاف Exploration

ويعتبر هذا التكنيك طريقة أساسيه لكل نماذج العلاج الشخصي Interpersonal Treatment ، وحينما يستخدم هذا التكنيك في نموذج التركيز علي المهام فانه يشير إلى تلك الجهود التي يقوم بها الممارس لاستنباط والحصول علي البيانات المتعلقة بالمشكلة من العميل

ويساعد هذا التكنيك في تحقيق غرضين رئيسيين : ـ

١. يمد الأخصائي بالمعلومات التي يحتاجها .

٢. يلقي الضوء علي محتوي الاتصال وعلاقته بالمشكلة .

والاكتشاف يعتبر مثيرا لحدوث التغير ، ولكنه لا يوجه مباشرة لأحداث التغير المؤثر ولذلك فان الاكتشاف في نموذج التركيز علي المهام يستخدم لاستنباط وتوضيح مشكلات العميل ، وكذلك اكتشاف المهام المحتملة التي تساعد في حل المشكلة .

- وإذا كانت المهمة تصاغ فان تكنيك الاكتشاف يركز أساسا علي التساؤلات المرتبطة بالمهمة والتي من أمثلتها : ـ

أ- ما الجهود التي يمكن أن يبذلها العميل من اجل تنفيذ المهمة ؟

ب- كيف يتم التنفيذ ؟

جـ- ما هي الصعوبات المتوقعة والتي يمكن أن يواجهها أثناء تنفيذ المهمة ؟

وهكذا فان البيانات التي جمعت أثناء أداء العميل للمهام خلال عملية الاكتشاف تشكل أساسا للمعلومات ينطلق الممارس منه من خلال الخطوات والمراحل اللاحقة .

٢ ـ البناء Structuring

إن تكنيك البناء يحتوي علي اتصالات الأخصائي حول بناء وتوجيه تفاعلاته مع العميل كما تشتمل الاتصالات علي تفسيرات عامة تتفق مع هدف وطبيعة العلاج ، وهذه الاتصالات تحدد من بداية العلاج لكنها قد تحتاج إلى إعادة تعبير Reexpression أثناء فترة العلاج .

والاتصالات إما أن تكون : ـ

أ- اتصالات حول : المشكلة ، المهام ، الوقت المحدد للعلاج .

ب ـ اتصالات تدور حول تحديد استجابات مركزية توضح مباشرة مدي تدفق اتصالات العميل في اتجاه المهمة ومدي مناسبتها للمحتوي .

كما يشتمل البناء علي مجهودات الأخصائي في صياغة خطة علاج محددة للعميل ويزودنا بأدلة واضحة حول اتصالات العميل .

٣ ـ التشجيع Encouragement

ويستخدم هذه التكنيك استجابات تحتوي علي عبارات تشير إلى تأييد واستحسان لسلوك العميل أو اتجاهاته أو مشاعره .

٤ ـ التوجيه Direction

ويستخدم الممارس المهني معارفه في عمل توصيات توجه القرارات التي يتخذها العميل مثل الأسئلة التوجيهية التي يكون لها تأثير في إعطاء النصيحة ومثال ذلك إعطاء الرأي المهني الذي يساعد علي توجيه سلوك العميل في ناحية معينة .

٥ ـ الفهم الواضح Overt Understand

الاستجابات في هذا السلوك تتكون من التعبيرات الواضحة من جانب الأخصائي والتي تشير إلى الفهم ـ الاهتمام ـ التعاطف ـ القبول ـ تقدير واحترام موقف العميل ومشاعره .

٦ ـ التفسير Explanation

يتمثل هذا الأسلوب في جهود الأخصائي من اجل تعميق فهم العميل لنفسه وللآخرين وللموقف ، وبمعني آخر إضافة المزيد من الإدراك المعرفي للعميل بالنسبة للسلوك وموقفة .

٧ ـ النمذجة Modeling

هذا التكنيك يتضمن الاستجابات التي يقوم بها الأخصائي من اجل تخطيط نموذج أو مهمة يفترض قيام العميل بها . علي سبيل المثال لو أن الأخصائي قام بتدريب العميل علي كيفية الاتصال بمؤسسة للمسنين من اجل الحصول علي خدمة فان جميع الاستجابات التي تمت طوال فترة التدريب تصنف تحت هذه الفئة ، وبالتالي فان النمذجة هي نوع من التدريب علي المهمة فبعد أن يقوم الأخصائي بنمذجة المهمة فانه يطلب من العميل أن يتدرب عليها .

٨ ـ لعب الأدوار Role - Playing

يطبق هذا التكنيك من خلال قيام الأخصائي بلعب بعض الأدوار مع العميل تمكنه بعد ذلك من تنفيذ بعض المهام . علي سبيل المثال لو كانت مهمة العميل هي التحدث في جماعة فان الممارس قد يلعب دور قائد الجماعة ، وقد يمثل العميل الدور المتعلق بما يجب أن يقوله عندما يطلب منه ذلك . أو أن الأدوار قد تعكس بمعني أن يقوم الممارس بدور عضو الجماعة بينما يلعب العميل دور قائد المجموعة .

* **نموذج لبرنامج علاجي باستخدام التركيز علي المهام مع مشكله الاغتراب الزوجي**

أن مشكلة الاغتراب الزواجي ترجع لواحد أو أكثر من الأسباب التالية : ـ

١. عدم قدرة الزوجين أو إخفاقها في بناء مشاعر جيدة بينهما منذ بدء العلاقة الزوجية .
٢. إخفاق أو قصور دائم أو متقطع في أداء أحد الطرفين أو كليهما لبعض المهام الأسرية كالتعاون داخل المنزل أو تقدير ظروف الطرف الآخر أو تحمل بعض الأعباء النفسية التي تشغل أحد أطراف العلاقة الزوجية .

٣. الفهم الخاطئ لطبيعة العلاقة الزواجية بشكل خاص والعلاقات الأسرية بشكل عام والتصرف السلوكي وفقا لهذا الفهم الخاطئ .

٤. تدخل مقصود أو غير مقصود من أطراف أخرى خارج العلاقة الزواجية تؤدي إلى خلق توتر دائم ومشاحنات ومشكلات يترتب عليها شعور بالكراهية وتباعد نفسي وسلوكي بين الزوجين .

٥. تعددية الأدوار وتصارعها بالنسبة للزوجة مع توقعات زائدة من قبل الزوج أو العكس مما ينعكس سلبا علي الحياة الزوجية .

ووفقا لما تقدم يمكن أن نستخدم نموذج التركيز علي المهام مع حالات الاغتراب الزواجي علي النحو التالي :ـ

أولا ـ الأهداف التي يمكن تحقيقها باستخدام هذه النموذج :ـ

١. بناء مهام تعتمد علي إعادة بناء المشاعر أو تصحيح المشاعر بين الزوجين

٢. بناء مهام تستهدف تحقيق توازن في الأدوار لدي طرفي العلاقة الزواجية تقوم علي التعاون وفهم توقعات الآخر وتحقيق المناقشة الإيجابية والمشاركة الإيجابية لكل من طرفي العلاقة الزواجية في المهام الأسرية .

٣. بناء مهام تستهدف تصحيح الأفكار الخاطئة أو الفهم العقلاني لطبيعة العلاقة بين الزوجين والعلاقات الأسرية .

٤. بناء مهام تستهدف التعامل مع العوامل الخارجية التي لها علاقة بطبيعة المشكلة كتدخل الآخرين أو سيطرة بعض العوامل البيئية التي ترتبط بعمل الزوج أو الزوجة أو الظروف الاقتصادية أو العلاقات بالجيران والأقارب وغيرها .

٥. بناء مهام تستهدف تحقيق تكامل بين الأدوار الزواجية والأسرية بالشكل الذي يساعد علي بناء التوافق الزواجي ومواجهة حالات التوتر الانفعالي ومشاعر الاغتراب .

ثانيا ـ مراحل تنفيذ النموذج :

يعتمد تنفيذ نموذج التركيز علي المهام علي المراحل التالية : ـ

أ ـ مراحل القياس والتحديد الدقيق لمشكلات كل حالة علي حدة وفي هذه المرحلة يمكن أن نعتمد علي الأدوات والمصادر التالية : ـ

١. الاطلاع علي ملفات الحالة بالمؤسسة لتكوين انطباعات تشخيصية مبدئية عن الحالة تساهم في توجيه وتحديد الإطار الفكري والمهني للمقابلات التالية بعد ذلك .

٢. الاعتماد علي استمارة تقدير الحياة الزوجية للتعرف علي بعض الجوانب المرتبطة بمشكلات الاغتراب والتي تتضمن الإجابة علي تساؤلات مثل : ـ

أ ـ متي بدأت المشكلة ؟

ب ـ من الطرف الذي تسبب في حدوثها ؟

ج ـ ما هي درجة وحدة المشكلة كما يراها المعالج ؟

٣. استخدام مقياس الاغتراب الزواجي كأداة تشخيصية علاجية تساعد في تحديد مشكلات الاغتراب إجرائيا كما إنها توجه لطبيعة ونوع المهام التي يمكن استخدامها مع الحالات لمواجهة مشكلات الاغتراب .

٤. التحديد المبدئي لعدد المقابلات وأغراضها وأزمنتها ، وطبيعة المهام التي يتوقع تنفيذها خلال مرحلة العلاج وذلك بالاتفاق مع العملاء مع الالتزام بقاعدة المرونة والتنبؤ المستقبلي لبعض الأحداث أو المستجدات التي قد تؤدي إلى إحداث تغير جزئي أو شامل في بعض المهام ، ويمكن أن تعتمد علي الجدول التالي مع كل حالة علي حدة .

جدول توضيح البرنامج الزمني لتنفيذ المهام

اسم الحالة :

طبيعة المشكلة :

عدد المقابلات	زمن المقابلة	الغرض من المقابلة	المهام الإجرائية التي تحتوي عليها المقابلة	ملاحظات

وتشتمل مرحلة القياس هذه علي مراحل : مسح المشكلة ، الاكتشاف المبدئي لها .

ب ـ مرحلة صياغة المشكلات :

في هذه المرحلة يحدد المعالج مع الحالات أهم ثلاثة مشكلات يأمل العميل في تجنبها أو حلها قبل بدء العلاج وذلك في ضوء الاعتماد علي مخرجات المرحلة السابقة وفي ضوء استخدام " استمارة تقدير المشكلة " . { انظر الفصل الخاص بالأدوات والمقاييس }

ج ـ مرحلة تحديد الأهداف والتعاقد :

في هذه المرحلة يحدد المعالج الأهداف النوعية الخاصة بكل حالة علي حده ، وذلك في ضوء الاعتماد علي الافتراضات التي استهل بها برنامج التدخل المهني ، وكذلك في ضوء الاعتماد علي نتائج مرحلة القياس وتحديد المشكلات .

وفي هذه المرحلة يتفق المعالج شفهيا أو كتابيا مع حالات الدراسة حول عدد من الجوانب العلاجية والتي من بينها :ـ

- المشكلات المستهدفة بالعلاج .
- الزمن الذي سوف يستغرقه العلاج .
- المهام الخاصة بالحالة .
- المهام الخاصة بالممارس .
- المراجعة ومواجهة العقبات .
- التقويم والإنهاء .

ويطلق علي المراحل الثلاث السابقة في مجموعها : مرحلة البداية وفقا لما هو محدد في الإطار النظري لهذا الفصل .

ثانيا : مرحلة الوسط وتشتمل علي المراحل الفرعية التالية :ـ

د ـ مرحلة صياغة المهام :ـ

في هذه المرحلة يقوم المعالج بالتعاون مع أطراف الحالة بتحقيق الخطوات التالية :ـ

١. الاتفاق علي برنامج زمني لحل ما يواجه الحالة من مشكلات .
٢. تحديد المهام العامة اللازمة لمواجهة كل مشكلة علي حدة ، وتتضمن هذه المهام تلك التي تتعلق بالمعالج وكذلك تتعلق بالأطراف الأساسية للحالة مثل الزوج والزوجة .
٣. ترجمة المهمة العامة إلى مهمة إجرائية تشتمل علي مجموعة من الخطوات توضح طريقة التنفيذ وكيفية التنفيذ .

مثال : قد تكون المهمة العامة مساعدة الزوجين علي بناء مشاعر جيدة من شأنها زيادة التقارب النفسي الذي يحقق قدرا من الاستقرار في الحياة الزوجية .

ويمكن ترجمة المهمة العامة السابقة إلى مهمة إجرائية علي النحو التالي : -

١. تخصيص زمن قدرة نصف ساعة مرة أسبوعيا لمناقشة مشكلات الطرفين بحضور المعالج .
٢. إن يتدرب كل طرف علي تقدير مشاعر الطرف الآخر إيجابيا .
٣. محاولة البحث عن جوانب إيجابية في حياة الشريك .
٤. عدم محاولة تصيد أخطاء للطرف الآخر بسبب وبدون سبب .
٥. الانسحاب عندما يكون أحد الأطراف في حالة من التوتر الانفعالي وعدم محاولة اثارتة.
٦. أن يقدم كل طرف للطرف الآخر مكافأة في حالة نجاحه في أداء المهام السابقة .

هـ - مرحلة مراجعة المهام ومواجهة العقبات : -

وفي هذه المرحلة يراجع المعالج مع الحالة كل مهمة إجرائية علي حدة للوقوف علي مدي تحقيق الهدف ، تنفيذ المهمة ، العقبات التي حالت دون التنفيذ وكيفية مواجهتها ، الحاجة إلى زمن إضافي لإعادة تنفيذها أو الاكتفاء بما تم تنفيذه ، حاجة العميل إلى جهود إضافية أخرى للتدريب علي كيفية تنفيذ المهمة .

ثالثا - مرحلة الإنهاء : -

في هذه المرحلة يتحقق المعالج مما يلي : -

١. مدي كفاية البرنامج الزمني للتعامل مع مشكلات كل حالة علي حدة .
٢. النتائج التي تحققت مع كل حالة ودرجة التغير التي طرأت علي الحالة .
٣. حاجة الحالة إلى مزيد من الجهود العلاجية إذا لزم الأمر .
٤. التخطيط مع الحالة لمرحلة ما بعد العلاج .
٥. حساب الفروق بين القياسات المختلفة بحسب فاعلية برنامج التدخل المهني باستخدام هذا النموذج مع حالات الدراسة .

مراجع الفصل الثالث

1 William J. Raid: Family problem solving. N.Y. Columbia University press, 1985 .

2 J. B. Bumbam: Family therapy: First steps towords a systematic approach. London Tavistock publications, 1986 .

3 Veranica Coulshed: Social work practice: An introduction, Op. Cit

4 William J. Reid & L. Epstein, Task Centered Practice, N.Y. Columbia University Press, 1977, pp 1-2 .

٥ زينب حسين أبو العلا : نحو نموذج للعلاج في خدمة الفرد : العلاج بالتركيز على المهام واجبة التنفيذ ، بحث منشور في المؤتمر العلمي الثاني ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ١٩٩٠م .

6 Chales, Zastrow : The practice of social work. Illinois Dorsev press,2nd-ed, 1985 .

7 William, Reid, Task-Centered treatment. In Francis J. Turner (ed). Social work treatment, N.Y., MacMillan Publishing Co., Inc. 2nd, 1979.

8 William, Reid & Ami, Shyue: Frief and extended Casework. N.Y. Columbia University Press, 1969 .

9 E. Sainsbury: The cantribution of client studies to social work practice. In P. Wedage (ed.): Social work-Research into practice- Birmiuyham, British Association of social workers, 1986 .

10 H. Hirayaman & M. Cetingok: Empowerment: A social work approach for Asian Immigrants. Social casework. J. Vol. 69, No. 1, 1988 .

١١ د محمد شريف صفر : دراسة لاختبار فاعلية نموذج التركيز على المهام في خدمة الفرد عند العمل مع الحالات الفردية . بحث منشور في حولية كلية الآداب جامعة المنيا ، يناير ١٩٩٣م.

12 - Laura, Epstein : Helping Pelople-Task Centered Approach Columbus. Merill Publishing Co., 1988 .

13 - D.H. Hepworth : Direct Social work Practice Theory and Skills. N.Y. Dorsery Press, 1982 .

14 - William J. Raid : Task-Centered Approach : In Encyclopodia of social work.. NA.S.W., 18 th. Ed V.2, 1987 .

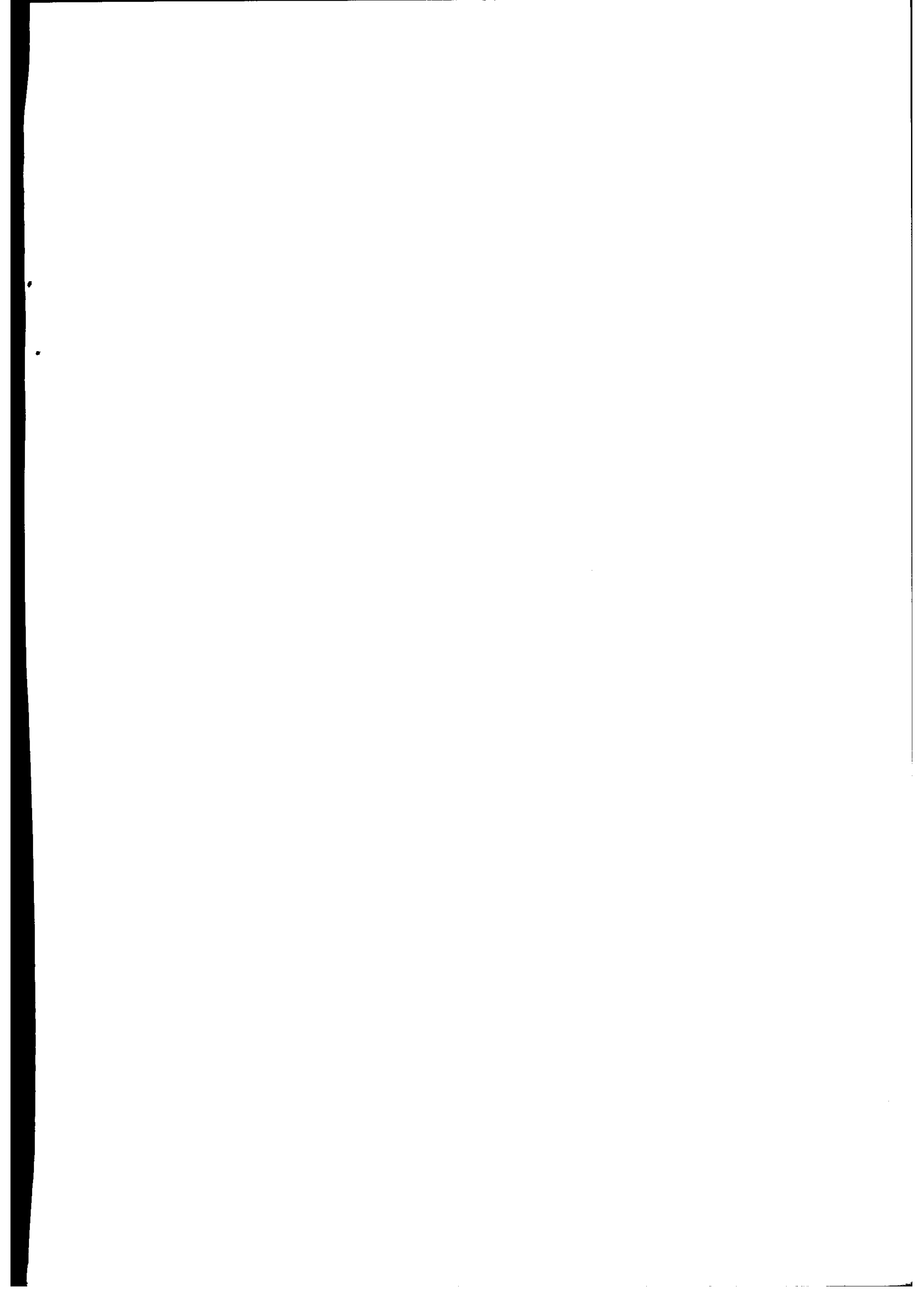
١٥ مني أحمد عبد الموجود : فاعلية نموذج التركيز على المهام في علاج مشكلة التأخر الدراسي لطالبات المرحلة الثانوية. دكتوراه غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان ، ١٩٩٤م.

16 - William J. Raid & Laura Epstein : Task-Centered Case work. N.Y. columia University Press, 1972 .

الفصل الرابع

التعديل السلوكي

- نشأة التعديل السلوكي .
- الافتراضات الأساسية .
- مصطلاحات أساسيه في تعديل السلوك .
- التقدير السلوكي .
- تحديد أهداف التعديل السلوكي .
- تكنيكات التعديل السلوكي .
- العلاج المعرفي السلوكي .
- تقويم نتائج التدخل السلوكي .



* نشأة التعديل السلوكي

منذ قرون طويلة والنوع البشرى يسعى جاهدا لحل مشكلاته من خلال إدراك الحاجة إلى التغيير ، وتحليل العقبات آلتي تحول دون هذا التغيير والعمل على حلها . ويعتبر العلاج بالعمل Action Therapy الذي أسسه بارى لوندون Parry London هو الركيزة الأساسية آلتي نمى وانطلق منها ما يعرف اليوم بالتعديل السلوكي .

ومن ثم فإن الاستخدام الحديث للتكنيكات السلوكية له جذوره في أعماق التاريخ الإنساني .حيث أستخدم الرومان قديما ما نطلق عليه الآن العلاج بالتنفير للتقليل من معدلات إدمان الخمور ، وذلك بوضع وإضافة محلول له رائحة كريهة ومنفرة في أكواب الخمر . كما أستخدم المدرسون المدعمات الإيجابية قبل ظهور نظرية سكينر بثمانمائة عام حيث كانوا يقدمون العسل والحلوى لتلاميذهم لحفظ التوراة Torah . كذلك استخدمت المدعمات الإيجابية في القرن السادس عشر مثل الكعك والفواكه لتعليم التلاميذ اللغة اليونانية واللاتينية .

وتاريخيا تعتبر نظرية التعلم Learning Theory هي الأساس الفلسفي للعلاج السلوكي ، ويعتبر بافلوف Pavlov هو أول رائد من رواد السلوكية اللذين اهتموا بالتعلم وأساليبه ، وذلك من خلال التجارب المعملية المختلفة التي أجراها ، والتي استطاع من خلالها أن يتوصل إلى بعض قوانين التعلم ، وقد أهتم بنظريات التعلم بعد بافلوف الكثير من علماء السلوكية المعروفين أمثال : ادوارد ثرونديك Throndike ١٩١٣ ، جثري Guthre ١٩٣٥ وكلارك هل Hull ١٩٤٣ ، تولمان Tolman ١٩٣٢ ، سكنر Skinner ١٩٣٨ هذا بالإضافة إلى العديد من العلماء المحدثين الذين اهتموا بأثر التعلم في السلوك.

ومنذ أن أهتـم السلوكيـين بالسلوك الملاحظ القابل للقياس بـدأت الدراسات العلميـة المتعددة للسلوك السوي Normal Behavior بغرض التوصل إلى المبادى العامـة التـي تحكم هذا السلوك وتساعد علـي التنبؤ بـه مستقبلا . بالإضافة إلـى التعرف علي السمات الخاصة للسلوك الشاذ غير السوي Abnormal Behavior من خـلال الاختبار المعملي لبعض الفروض المرتبطة بذلك السلوك .

وبدأت تتضح مفاهيم التعديل السلوكي مـع بداية عام ١٩٢٠م حينما أجري واطسون Watson ، راينر Raynar تجربتهما الشهيرة علي الطفل البرت Albert حيث عانـي الطفل من خوف شرطـي مـن الفئران البيضاء . وقد عمم الطفل مخاوفه علي كل حيوان له فراء ابيض ، ولذلك رأي واطسون ، راينر انه يمكن اختبار أثر التكنيكات الأربعة التالية في علاج المخاوف لدي الطفل وهي : -

١ـ الانطفاء Extinction .

٢ـ الأنشطة الإنشائية حول موضوع الخوف .

٣ـ إعادة الاشراط Reconditioning .

٤ـ إثارة الحساسية الجنسية للطفل أثناء وجود موضوع الخوف .

هذا وقد شهدت العشريـن عاماً الماضيـة تـزايدًا ملحوظًا بالنسبـة للمؤلفات العلمية والتقارير المطبوعة التي اهتمت ببرامج إدارة السلوك ، وخصوصاً تلك البـرامج الموجهة نحو حل وتعديل السلوكيات الإشكالية .

ويعتبر التعديل السلوكي واحدا مــن بيــن العديد مــن المصطلحات التــي استخدمت لوصف المدخل السلوكي العام اللازم لعملية التدخل العلاجي Remediel Intervention وهناك العديد من المصطلحات التي استخدمت للإشارة إلى هذا المدخل من بينها : -

* العلاج السلوكي B. Therapy
* تحليل السلوك B.Analysis
* تقدير السلوك B.Assessement
* نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory
* التعديل السلوكي المعرفي Cognitive B. Modification
* العلاج النفسي السلوكي B.Psycho Therapy

وقد شاع استخدام المداخل السلوكية في الممارسة التطبيقية منذ عام ١٩٦٥، وخصوصا بعد الانتقادات العنيفة التي وجهت للنظريات النفسية التقليـديـة مثل التحليل النفسي ، وكذلك الانتقادات التي وجهت لعملية التشخيص النفسي الذي كان مستخدماً في ذلك الوقت .

* **الافتراضات الأساسية للتعديل السلوكي**

إن الافتراضات الأساسيــة للعلاج السلوكـــي تقوم علـــي فكـرة إن السلوك اللاتكيفي للإنسان إنما هو محصلة عملية تعلم ، ويمكن تعديل هذا السلوك مــن خلال التعلم الإضافي . ويري ثورسين ، كواتيس Thoresen & Coates ١٩٨٠ ، إن العلاج السلوكي يتميز عن المداخل العلاجية الأخرى ، وذلك لاعتماده علي مبادئ وأساليب المنهج العلمـــي . كما إن المبادئ والإجراءات التي يعتمد عليها العلاج السلوكي واضحــة وممكنــة الـفـهـم ويمكن إخضاعها للاختبار الامبريقي .

ويري كازدين Kazdin ١٩٧٨ أنه من الصعب أن نحصي جميع المبادئ التي يتشكل منها ويعتمد عليها العلاج السلوكـــي ، ولكـــن يمكن أن نوضح اكثـــر المبادئ انتشارًا علي المستوي التطبيقي لكل المداخل التي تندرج تحت مسمي العلاج السلوكي وهي :ـ

١. التركيز علي السلوك كمحصلة لمحددات تاريخية .
٢. التركيز علي تغيير السلوك الواضح القابل للملاحظة كمحك رئيسي يمكن من خلاله تقويم العلاج .
٣. ينظر العلاج السلوكي إلى السلوك اللاتكيفي علي انه مشكله وحاجـة يجب أن تتغير وبالتالي فالاهتمام من وجهة النظر السلوكية ينصب علـــي العرض السلوكـــي ولا ينصب علي عوامل وأسباب خافية تكمن في النفس اللاشعورية كما هو الحال عنـد علماء التحليل النفسي .
٤. يري السلوكيون أن الخبرات والظروف البيئية هي أكثر العوامل التـي يـمكن مـن خلالها التحكم في السلوك ، وأن معظم الخبرات يكتسبها الإنسان عن طريق التعلـم وتأتي المشكلات نتيجة لنقص التعلم أو التعلم الخاطئ ، ومن ثم فأن العلاج هو عملية إعادة تعلم .
٥. ينبغي أن نعرف المشكلات المستهدفة بالعلاج تعريفاً إجرائيا يجعلها قابلـــة للقياس والملاحظة والتقويم .
٦. ينبغي ترجمـــة الأهداف العلاجية إلـــى مصطلحات موضوعية إجرائية حتى يسهل تحقيق التدخل العلاجي .

٧. نظرا لان السلوكية تؤمن بأهمية التجريب فان الاهتمام ينصب علي ضرورة وضع تصميم بحثي يتناسب مع أهداف التجريب وغاياته .

٨. وفقاً للافتراضات السابقة فان السلوك الشاذ يتحدد من وجهـــة النظر السلوكية علي أنة واحد أو أكثر من الأشكال التالية :-

- هو ذلك السلوك الذي تكون نتائجه منفرة للناس أو الأفراد الذيــن يتفاعلـون مع الشخص مصدر السلوك في بيئته .
- . هو عدم قدرة الشخص علي تحقيق الإنجاز المنظم لما هو متوقع منـــه مقارناً بأدائه في أوضاعه السوية .
- هو سلوك يصدر من شخص ما حينما لا يستجيب للمثيرات أو الأحداث الموجودة فـــي بيئته . أو لا يمتلك المهارات التي تجعله يستجيب الاستجابة المناسبة .
- هو سلوك يصدر من الشخص حينما يستجيب للمثيرات أو الأحداث المعطاة في زمن غير مناسب أو في مكان غير مناسب .

وهناك حقيقة هامة يقوم عليها التعديل السلوكي ، وهي أن الحكم علي سلوك بأنه شاذ أو غير شاذ يختلف من مجتمع لآخر ، ومن ثقافة إلى أخرى . كما يتوقف هذا السلوك علي أساليب التعلم التي تعرض إليها الأفراد ، والمواقف المختلفة التي واجهتهم .

* مصطلحات أساسية في تعديل السلوك

إن فهم أي مدخل علاجي يتوقف علي استيعاب المفاهيم الأساسية التي تشكل العمود الفقري لذلك المدخل ، وهناك عدة مفاهيم رئيسية يعتمد عليها المدخل السلوكي .

ولا يمكن فهمة واستيعاب تفسيراته للسلوك دون الإلمام الكافي بتلك المصطلحات والتي سوف نتناولها كما يلي : -

- السلوك Behavior وهو أي استجابة أو فعل يقبل القياس والملاحظة .
- المثير Stimulant ويشير إلى موضوع Opject أو حادثة Event لها صفات وملامح بينية ، ويؤدي ظهورها إلى التأثير علي سلوك فرد أو آخرين ، والمثير ربما يسبق الاستجابة أو يعقبها .
- الاستجابة Response هي السلوك الذي يصدر من الكائن الحي وهي عند الإنسان تنقسم إلى : -

أ - استجابة لفظية Verbal Response ، وهي أي نشاط يعتمد في محوره علي استخدام التواصل اللغوي كالحوار بين الأصدقاء أو الحديث عبر الهاتف .

ب - استجابة غير لفظية Nonverbal Response ، وهي تشير إلى نشاط أو حركة لا يكون اللفظ محورها الأساسي مثل فتح التليفزيون ، لعب كرة البيسبول ، أو حركة العين عند مواجهتها لخطر ما .

- الأحداث السابقة Antecedents ، وهي عبارة عن المثيرات أو الأحداث والظروف التي تسبب السلوك أو تكون نتيجة له ، وتكون هذه المثيرات ذاتية أو بيئية .
- التشريط الكلاسيكي Classical Conditioning ، وهو التحكم نتيجة المزاوجة بين المثيرات المحايدة والمثيرات الشرطية التي تؤدي إلى الفعل المنعكس بحيث يؤدي تكرار النتائج إلى أن يصبح المثير المحايد له نفس قوة المثير الشرطي .
- التمييز Discrimination ، هو اختيار الاستجابة المطلوبة بين الأدلة المختلفة أو الأحداث السابقة .

- الحدث المحتمل Contingency ، هو العلاقة بين السلوك والمثيرات أو الأحداث التي تدعم حدوثه .
- الاشتراط الإجرائي Operant Conditioning ، هو نمط من التعلم تتأثر فيه بواعث السلوك بنتائجه . حـيـث تـؤدي عمليـــة تدعيم النتائج إلـى زيادة احتمالية وقوع السلوك المدعم ، بينما تؤدي نتائج العقاب إلى تأثيرات عكسية .
- الانطفاء Extinction ، هو توقيف أو سحب التدعيم مـن استجابة مدعمة مسبقا بهدف إلغاء أو تقليل تكرار حدوث هذه الاستجابة .
- التعميم Generalization ، ويشير إلى التغير الذي يحدث فـي السلوكيات الأخرى بفعل الخبرة المتعلمة من علاج سلوك سابق .
- النمذجة Modeling ، هو التعلم من خلال اتباع نموذج ، وفـي هذا النمط من التعلم فان الملاحظ (المستقبل لعملية التعلم) يكون اكثر قدرة علـي اتباع سلـوك النمـوذج إذا تم تدعيمه .

* **التقدير السلوكي**

يعتبر التقدير السلوكي Behavioral assessment طريقة أو منهج لتقـــويم مشكلة العميل أو الظروف التـي من خلالها يتم صياغة وتشكيل خطة التدخل العلاجي . كمـــا يقصد بالتقدير السلوكي أيضا بأنـــه عمليـــة تحديد السلوك المستهدف ، والعوامل التـــي تتحكم فيه والظروف السابقة علية . وهناك ثلاث خطوات يبني عليها التقدير السلوكي وهـــي : -

١. اختيار السلوكيات المستهدفة . ويتطلب ذلك تحديد فئة الاستجابات التـــي ينتمـي إليها السلوك ، وخصوصا تلك الأنواع من السلوك المتعلم اجتماعيا .

ويقصد بفئة الاستجابة Aclass of Response أنها ذلك العدد من الافعال الخاصة التي ترتبط بنفس المثيرات ، ويقصد باختيار السلوكيات المستهدفة التحديد الجيد لتلك الأنواع من السلوك المشكل ، والتي يمكن وضعها كأهداف للتغيير ، ومن الأمور الهامة التي ينبغي أن يدركها المعالج السلوكي هو إن تحديد السلوك المشكل ينبغي أن يعتمد علي معايير ثقافية واضحة .

٢. تحديد الأحداث السابقة علي حدوث السلوك . حيث يسبق السلوك أو يتحكم فيه مجموعة من الظروف والأحداث التي تسبق السلوك ، ويؤدي وجودها إلى حدوثه . ومن ثم ينبغي علي المعالج السلوكي أن يحدد بدقة من خلال استخدام أسلوب الملاحظة ـ الظروف والأحداث التي تسبق حدوث السلوك والتي يمكن تصنيفها إلى الأنواع الأربعة التالية : ـ

أ ـ أحداث وظروف سابقة يؤدي وجودها إلى تسهيل حدوث السلوك ومن أمثلتها الأدوات والمواد التي لا يمكن للسلوك أن يحدث إلا في وجودها وتوافرها ومن أمثلة ذلك رغبة الوالدين في أن يكمل ابنهما واجب الجبر : حيث ينبغي توافر مجموعة من الشروط السابقة لكي يحدث السلوك المطلوب تتمثل في : توافر المكان الهادئ الذي يستطيع أن يعمل من خلاله الطالب ، توافر الورق والأقلام اللازم لاستكمال الواجب ، وكذلك المعلومات الأساسية .... الخ .

ب ـ أحداث وظروف سابقة يمكن أن تستخدم كوقائع مرشدة لحدوث السلوك وتعتبر هذه الظروف بمثابة القواعد التي يتوقع أن يعمل في ضوءها الفرد . فالطالب في المثال السابق ينبغي أن يكون قد تعلم مجموعة من القواعد الرياضية التي يمكن الاسترشاد بها وهو بصدد حل الواجب المطلوب منه .

ج ـ الأحداث السابقة المؤثرة في حدوث السلوك . وهي عبارة عن المجهودات التي تبذل قبل وقوع الاستجابة ، وذلك بهدف زيادة قيمة النتائج التي تلي الاستجابة .

د ـ الأحداث النفسية ، والاجتماعية السابقة والتي تعجل بحدوث الاستجابة . كالحالة الانفعالية والمزاجية للعيمل ، أو طريقة تفاعل الأخريين معه ، وأساليب التنشئة الاجتماعية السائدة ..... الخ .

٣. التخطيط للعلاج Treatment Planning ، وهي عملية مستمرة تنتهي بتحقيق الأهداف العلاجية للعميل ، ويشير مصطلح التخطيط للعلاج إلى الجهود التي يبذلها المعالج قبل وأثناء العلاج . أي منذ البداية وحتى النهاية وخلال مرحلة المتابعة (انظر تكنيكات العلاج السلوكي) .

وفي الحقيقة إن التقدير السلوكي يعتمد في جوهرة ـ كما أوضح جاكسون ، تيرني Jackson&Tierney ١٩٨٤ـ علي الإجابة علي تساؤلين هامين هما : ـ

- ما هي المساعدة التي يبحث عنها صاحب المشكلة ؟
- ما هي انسب التكنيكات السلوكية لتحقيق عملية المساعدة ؟

وتكمن أهمية التقدير السلوكي أيضا في تحديد الانحراف السلوكي في ضوء معيار سويه محدد سلفا ، ولا يأتي ذلك إلا عن طريق توفر المعلومات اللازمة لعملية التقدير السلوكي ، والتي يمكن جمعها من خلال المصادر التالية : ـ

أ ـ العميل نفسه ، وذلك من خلال ملاحظته في أوقات منتظمة حيث يتسنى جمع مادة متكاملة عن سلوكياته .

ب ـ القائمين علي رعاية العمل Care Providers ، وذلك من خلال الاستفسار عن حدوث سلوكيات معينة بالنسبة للعميل .

ج - الاعتماد علي الملاحظة العلمية المباشرة للمواقف المختلفة لحياة العميل . وهي أنسب الطرق لتحديد العوامل الموقفية التي تسببت في السلوك المشكل ، وتحافظ علي بقائه واستمراره .

* تحديد أهداف التعديل السلوكي

تحتل عملية تحديد الأهداف أهمية كبيرة في العلاج السلوكي لأنها تشكل الموجهات الرئيسية التي يتحدد في إطارها أدوات القياس ، تكنيكات العلاج . ويتمثل الهدف العام للعلاج السلوكي في خلق وتهيئة ظروف جديدة للتعلم ، وذلك اعتمادا علي الافتراض القائل بأن كل سلوك إنساني متعلم بما في ذلك السلوك اللاتكيفي .

ويري كرومير ، كرومير Cormier& Cormier ١٩٧٩ أن تحديد الأهداف العلاجية يعمل علي تحقيق ثلاثة وظائف هامة :-

١. التحديد الدقيق للأهداف يعكس مناطق اهتمام العميل مما يساعد المعالج علي استثمار تلك المناطق في العملية العلاجية .
٢. يساعد تحديد الأهداف علي اختيار الاستراتيجيات العلاجية المناسبة ، وذلك لان تحديد الأهداف يشكل في حد ذاته إطارا مرجعيا يمكن من خلاله تقويم نتائج التدخل المهني .
٣. يساعد تحديد الأهداف كلا من المعالج والعميل علي التعرف علي درجات تقدمهم نحو تحقيق الهدف العام .

ويركز كرومير ، كرومير علي أهمية العلاقة التعاونية بين المعالج والعميل أثناء مرحلة تحديد الأهداف .

ويشير إلى أن دور كل منها في هذه المرحلة علي النحو التالي : -

١. يقوم المعالج بشرح طبيعة وأغراض عملية تحديد الأهداف للعميل .
٢. علي العميل في هذه الحالة أن يقرر ويحدد التغيرات الخاصة أو الأهداف التي ينبغي تحقيقها . ويمكن الاستعانة بمن ينوب عن العميل في حالة العملاء ذوي الظروف الخاصة .
٣. يتعاون كلا من المعالج والعميل معا لتحديد ما يمكن تحقيقه من الأهداف السابقة .
٤. يعملان معا علي تحديد المخاطر Risks التي تنطوي عليها هذه الأهداف، والعمل علي اكتشافها .
٥. يناقشان معا الفوائد المرجوة نتيجة تحقيق تلك الأهداف .

بعد اختيار ومناقشة الأهداف التي يسعي العميل لتحقيقها تأتي مرحلة الاتفاق المرن علي طبيعة وعدد ونوعية هذه الأهداف ، وكذلك تحديد السلوكيات التي ينبغي علي العميل اتباعها لتحقيق كل هدف . ويتحدد كل ذلك في إطار ما يسمي بالتعاقد العلاجي ، والذي هو عبارة عن وثيقة شفهية أو مكتوبة تتضمن اتفاقا خاصا علي مجموعة من الأهداف العلاجية والقواعد الإجرائية للعلاج .

وتتحدد أهمية عملية التعاقد كما أوضحها جوتمان ، ليبليوم Gottman&Leiblum ١٩٧٤ فيما يلي : -

- يساعد التعاقد العلاجي في زيادة فرصة كلا من العميل والمعالج علي اتخاذ خطوات إجرائية نحو حل المشكلة .

ـ تؤكد عملية التعاقد علي المشاركة النشطة للعميل في العملية العلاجية اكثر من كونه طرفا سلبيا يتلقى المساعدة فحسب .

ـ يعتبر العقد هو الرابط الأساسي بين الأساليب العلاجية والتكنيكات المستخدمة والأهداف التي رغب العميل في تحقيقها .

* **التعديل السلوكي النظرية والتكنيك**

تشتمل المدرسة السلوكية علي عدد من النظريات التفسيرية والعلاجية ، والتي تختلف فيما بينها حول تفسير حدوث الاستجابة ، وكيفية إلغاءها أو زيادة معدلات حدوثها ورغم ذلك فان هناك توافق نسبي بين السلوكيين علي إن نظريات التعلم هي العمود الفقري للمدرسة السلوكية ، ومن ثم فان تركيزنا هنا سينصب علي توضيح جانبا من نظريات التعلم ، وبصفة خاصة نظريات التعلم الاجتماعي عند " باندورا " لاعتقادنا أنها تعتمد علي منطق واقعي في التفسير والعلاج .

إن عملية تعلم السلوك تحدث ـ وفقا لأصحاب نظريات التعلم ـ في ظل ثلاثة عمليات أساسية تتمثل في : ـ

١. الاشتراط الإجرائي Operant Conditioning
٢. الاشتراط الاستجابي Respondent Conditioning
٣. النمذجه Modeling

وفيما يلي نوضح كيف يحدث السلوك وفقا لكل عملية من العمليات السابقة .

أولا : الاشتراط الإجرائي

إن معظم السلوك الإنساني يتحدد بالزيادة أو النقصان وفقاً لتلك الخبرات التي يكتسبها الإنسان ، ووفقاً لطبيعة المدعم الذي أعقب حدوث تلك السلوكيات . فالمدعم الإيجابي هو أي مثير يؤدي استخدامه عقب وقوع السلوك إلى تقويته أو زيادته ، ومن أمثلة المدعمات الإيجابية الطعام والشراب والجنس والانتباه والعواطف وكذلك استحسان السلوك .

أما المدعم السلبي هو أي مثير يؤدي استخدامه إلى أن يتجنب الشخص سلوكاً معيناً أو يتبّنى سلوكاً جديداً يناقض السلوك الذي تجنبه . ومن أمثلة المدعمات السلبية تكشيره الوجه أو الصدمة الكهربائية أو توجيه الانتقادات .

وهناك أربعة مبادئ أساسية لعملية التعلم تشتمل عليها المدعمات الإيجابية والسلبية تتمثل في :ـ

١. إذا كان المدعم الإيجابي (تقديم الطعام علي سبيل المثال) الذي يقدم للشخص عقب وقوع السلوك يؤدي إلى نتائج إيجابية فان هذه العملية يطلق عليها التدعيم الإيجابي حيث يؤدي إلى زيادة السلوك أو تقويته .
٢. إذا سحب المدعم الإيجابي عقب استجابة الشخص لموقف سلوكي معين بشكل غير مناسب فالنتيجة تكون عقاب من شانة أن يقلل من حدوث الاستجابة غير المناسبة .
٣. إذا قدم المدعم السلبي (الصدمة الكهربائية مثلاً) إلى الشخص عقب استجابة سلوكية معينة فالنتيجة من استخدام المدعم هي العقاب .
٤. إذا سحب المدعم السلبي عقب صدور الاستجابة من شخص ما فان هذه العملية يطلق عليها التدعيم السلبي .

ومن خلال التدعيم السلبي تزداد الاستجابة السلوكية من خلال نقل أو إزالة المدعم السلبي (علي سبيل المثال انتهاء التلميذ من أداء واجبة المنزلي " استجابة سلوكية-" تجنباً لفقدان الإجازة " مثير منفر " .

ثانيا : الاشتراط الاستجابي

يطلق علي التعلم الاستجابي Respondent Learning في بعض الأحيان الاشتراط الكلاسيكي أو اشتراط بافلوف . وكثير من سلوكنا في الحياة اليومية يعتبر سلوك استجابي ، ومن أمثلة ذلك أشكال القلق المختلفة والعديد من المخاوف .

ولعل مفتاح فهم التعلم الاستجابي يتمثل في المزاوجة Pairing التي تشير إلى إن السلوك يتم تعلمه من خلال عملية الملائمة ، وكذلك المزاوجة مع سلوكيات الآخرين .

وتؤكد عملية التعلم الاستجابي علي إن المثيرات المحايدة Neutral Stimulusحينما لا تؤدي إلى استجابة فيكون فعلها متزاوج مع المثيرات غير المشروطة Unconditioned ، وتؤدي إلى استجابة فطرية أو غير متعلمة مثل تأثير الطعام حينما يوضع في الفم تجد إن اللعاب يسيل سيلاً طبيعياً لا إراديا دون تعلم الاستجابة .

ويطلق لفظ الاستجابة المشروطة علي أي سلوك جديد ، والذي يعتبر في هذه الحالة سلوك متعلم . وقد تؤدي المثيرات المحايدة الأصلية إلى الاستجابة ، ويصبح بذلك لها قوة المثيرات المشروطة . ولذلك فان تواجد الشخص في الظلام قد لا يؤدي إلى الخوف ، ولكن حينما يقترن الظلام بحكايات القصص المفزعة " كمثيرات " فأنة سوف يؤدي إلى الخوف .

ويمكن توضيح عملية تعلم الخوف علي النحو التالي :-

(١) المثيرات غير المشروطة (ucs) مثل حكايات القصص المفزعة ←

استجابة غير متعلمة (ur) وهي الخوف .

(٢) المثيرات المحايدة (ns) مثل التواجد في الظلام

↓

حينما تتزاوج أو تقترن بالمثيرات غير المشروطة (ucs) ←

استجابة غير متعلمة (ur) وهي الخوف .

↓

(٣) وبالتالي تصبح المثيرات المحايدة (ns) مثيرات مشروطة (cs) ←

استجابة مشروطة (ur) وهي الخوف .

ومن ثم فان المثيرات المشروطة التي تؤدي إلى ← الاستجابات المشروطة يمكن تحطيمها من خلال استخدام تكنيك الانطفاء الاستجابي Respondent Extiniction أو من خلال التشريط المضاد Counter Conditioning . ويشير الانطفاء الاستجابي إلى الاستمرار في عرض المثيرات المشروطة دون أقرانها بأي مثيرات غير مشروطة .

وبالتالي فان الانطفاء الاستجابي سوف يضعف المثيرات المشروطة مما سوف يؤدي إلى إضعاف الاستجابة المشروطة ـ والتي تؤدي إلى إضعاف الاستجابة المشروطة ـ .

أما الاشتراط العكسي أو المضاد فأنة يثير إلى أن المثيرات المشروطة ـ والتي تؤدي إلى استجابات مشروطة ـ يمكن إضعافها أو تحطيمها من خلال استخدام استجابات جديدة قوية يمكن من خلالها التغلب علي الاستجابات القديمة في وجود نفس المثير ٠٠٠٠ مثال :- يمكن تعليم شخص كيف يكون هادئاً أو مسترخياً Relax (استجابة جديدة) بدلا من أن يكون قلقاً (استجابة قديمة) في وجود نفس المثير وهو علي سبيل المثال الخوف من تعلم الطيران علي طائرة صغيرة .

ثالثاً : النمذجة

تشير عملية النمذجة إلى إحداث تغيير في السلوك نتيجة ملاحظة سلوك شخص آخر ويطلق علي هذه العملية التعلم من خلال خبرة المحاكاة . والتعلم عن طريق النموذج هو أسلوب نتبعه كثيراً في حياتنا اليومية ، حيث تستخدم نماذج الحياة ، والنماذج الرمزية " مثل الأفلام " كأساليب لتعلم السلوك . ويستخدم تكنيك النموذج في التعديل السلوكي لحذف سلوكيات مرضية وبناء سلوكيات سوية جديدة . علي سبيل المثال يستخدم النموذج في حذف سلوكيات القلق ، الخوف كما يستخدم في عمليات التدريب التأكيدي .

* نظرية التعلم الاجتماعي

إن النظرية التي سوف نناقشها في ذلك الفصل لا تمثل سوي جزء من البناء النظري الذي يتشكل منه إطار التعلم Learning ، وهي نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning التي ارسي دعائمها البرت باندورا A. Bandura .

والذي يري إن هناك عاملين يتحكمان في تعلم الإنسان لأشكال السلوك الإجرائي أو الاستجابي ، وهذين العاملين هما : -

١. سلوك الشخص Person's Behavior

٢. بيئته His Environment

غير إن هناك عامل وسيط هو الذي يتحكم في العلاقة بين سلوك الشخص وبيئته وهو العقل Mind . وفي تفسيره للدور المعرفي في عملية التعلم يري " باندورا " إن ما يفعله الشخص يتحدد باتجاهاته وآماله وتوقعاته من أدائه ، وعلي الوجه الآخر فان تأثير البيئة علي سلوك الإنسان يعتمد علي ادراكات الفرد ، وقيمة .

ويطلق علي هذه الأنشطة العقلية مصطلح المتغيرات الوسيطة Intervening Variables ، ومن ثم فان الكائن البشري لا يستجيب للمثيرات ببساطة . حيث يري " باندورا " إن الشخص يدرك المثير ثم يقوم بتفسيره وبعد ذلك تصدر الاستجابة لهذا المثير ومن هنا تأتي أهمية الخبرات العديدة التي يكتسبها الإنسان علي ممر حياته . ومن أمثلتها زيادة اداءات أو أفعال الأطفال من خلال مكافئتهم ، وكذلك تقليل بعض الاداءات أو الأفعال من خلال معاقبتهم .

ويعني ذلك أن الأفراد لا يستجيبون للمواقف باستدعاء الفقرات المختزنة في الذاكرة بمعزل عن الخبرات المرتبطة بها ، ولكنهم يستجيبون لها من خلال ربط الفقرات المستدعاة بالخبرات المرتبطة بها في المواقف المختلفة من تدعيم أو عقاب مع استخدام عمليتي التمييز والتعميم .

أن إدراك العلاقة بين السلوك ونتائجه هي عملية عقلية قائمة علي التعلم المتمثل في الانتباه ، التذكر ، وتصور الآخرين ، وقد اعتمد " باندورا " علي تلك العملية في تفسير كيفية اكتساب السلوك من خلال الاقتداء بنموذج ما ، وقد استخدم " باندورا " مصطلح التعلم بالملاحظة Observational Learning أو الاقتداء Modelling للدلالة علي ذلك .

ويؤكد " باندورا " ١٩٧٧ علي أهمية دور النموذج في نمو وتعديل كثير من السلوك الإنساني ، ويري أن هناك العديد من النماذج التي يمكن أن يستخدمها المعالج ، ولكن استخدام أي منها مرهون بعدد من المتغيرات التي ترتبط بعملية العلاج مثل : عمر ، جنس العميل ، واتجاهاته ، وميوله ، وطموحاته ، ومن بين هذه النماذج ما يلي : -

١. نموذج المعايشة Alive Model
٢. النموذج الرمزي Symbolic Model
٣. النموذج المتعدد Multiple Model

ويعتمد نموذج الحياة علي تحديد المعالج للخبرة أو المهارة التي ينبغي تعليمها لعميله ثم يستخدم هذه المهارة في موقف من مواقف الحياة اليومية في وجود العميل . مثل تعليم العميل الشجاعة والاعتزاز بالنفس ، وكذلك تعليمه بعض الاتجاهات التي ينتج عنها سلوك مرغوب فيه .

أما النموذج الرمزي فهو يعتمد – كما يعتمد النموذج السابق – علي تحديد الخبرة أو المهارة التي نرغب أن يتعلمها العميل ، ولكن عملية التعليم تتم من خلال عرض بعض الأفلام التي تتناول القطعة السلوكية المراد تعليمها للعميل أو من خلال شرائط الفيديو أو أي وسيلة تسجيلية أخري .

أما النموذج المتعدد فهو يصلح للاستخدام من خلال العلاج الجماعي Group Therapy حيث يمكن للمعالج أن يغير من اتجاهات الأفراد ، ويعلمهم مهارات جديدة عن طريق ملاحظتهم لأصدقائهم الناجحين في الجماعة (أو عن طريق ملاحظة القادة الطبيعيين في الجماعة) ، ومن خلال النموذج المتعدد يجد العميل أكثر من بديل ليتعلم السلوك الجديد .

ووفقا لما تقدم فان الشخص يتعلم السلوك خلال عملية الاقتداء علي النحو التالي : ـ

١. يقوم القدوة ـ وفقا للنماذج السابقة ـ بأداء السلوك المستهدف بعد تحديده .
٢. تقديم فكرة شاملة عن السلوك الذي يؤديه القدوة من حيث مكونات السلوك وكيفية أداءه ومعدلات حدوثه .
٣. يلاحظ المقتدي ـ العميل ـ الموقف الذي يحدث فيه السلوك ونتائجه .
٤. حينما تتبدل الأدوار ـ بعد أن ينتهي القدوة ـ يقوم المقتدي بإعادة الأداء في ضوء ما لاحظه .

* تكنيكات التعديل السلوكي

وفقا للنظرية التي اعتمدنا عليها هنا ، وهي نظرية التعلم ، التعلم الاجتماعي فإننا سوف نطرح هنا عدداً من التكنيكات التي ترتبط بطرق الاشراط الإجرائي والاستجابي والمعرفي والتي تتمثل في : ـ

١. التدعيم	Rienforcement	(الاشراط الإجرائي)
٢. الانطفاء	Extinction	(الاشراط الاستجابي)
٣. العلاج بالتنفير	Aversive Techniques	("' "')
٤. تكنيكات معرفية	Cognitive Techinques	

وفيما يلي نقدم فكرة واضحة عن كل تكنيك من التكنيكات السابقة : -

أولا : التدعيم

أن أي حاله تعمل علي زيادة حدوث معدلات استجابة ما يطلق عليها مدعم Reinforcer وحينما تكون هذه الحال مكافئه Reward فانه يطلق علي المدعم في تلك الحالة مدعما إيجابيا Postive Reinforcer ، ومن أمثلة المدعمات الإيجابية الماء الطعام ، الجنس والنقود ، الحلوى ، وكلمات الشكر ، وهي مدعمات يؤدي استخدامها إلى زيادة أو تقوية معدلات حدوث استجابة مرغوب فيها : مثال : تقديم الطعام كمدعم إيجابي لإشباع حاله الجوع عند الطفل عقب أدائه لاستجابة مرغوب فيها .

وقد استخدم " هوم " Homme ١٩٦٥ المدعمات علي نطاق واسع في الممارسات الكلينيكية ، وقد لاحظ إن استخدام المدعمات الإيجابية يؤدي إلي ارتفاع احتمالية حدوث السلوك المطلوب ، بينما أوضح " بريماك " Premack أن استخدام المدعمات السلبية مثل استخدام المنفرات أو الألم والتعب والتوتر يؤدي إلى خفض معدلات السلوك غير المرغوب مع زيادة حدوث السلوك المقابل (المرغوب فيه) .

ويري " توماس " Thomas ١٩٦٨ إن فاعلية المدعمات تتوقف علي توافر عدة شروط تتمثل في : -

١. أن تكون الاستجابة مدعمة لأول مرة ، وألا يكون قد سبق تدعيمها لان ذلك سوف يقلل من فاعلية التدعيم الحديث .
٢. يجب أن بقدم التدعيم في وقت مناسب بحيث لا يؤدي تأخيره إلى خفض فاعليته
٣. أن تدعيم كل استجابة مرغوبة تنبعث عن الشخص يساهم في تعاظم فاعلية التدعيم في بناء السلوك المرغوب .

٤. يجب تخير المثيرات المناسبة التي تؤدي إلى سلوك مرغوب يؤدي تدعيمه إلى تكرار معدلات حدوثه .

وتنقسم المدعمات بشكل عام إلى : ـ

أ ـ مدعمات داخلية ، وهي تلك المدعمات الذاتية غير المرئية التي يخبرها الإنسان في نفسه لحظة وقوع سلوك معين، وهي مدعمات غير قابلة للملاحظة ومن أمثلتها : الشعور بالرضا نتيجة إنجاز عمل معين أو تحقيق هدف ما والمدعمات الداخلية هي عملية يتعلمها الفرد خلال مراحل نموه المختلفة

ب ـ مدعمات خارجية ، وقد لجأ إليها السلوكيين اقتداء بالتدعيم الداخلي وأثرة في تقوية أو زيادة السلوك ، وينقسم التدعيم الخارجي أيضا إلى نوعين : ـ

١. مدعم أولي Primary Reinforcer ، وهو تدعيم لا يتعلمه الإنسان ، ولكنه استجابة طبيعية لبعض الضرورات النفسية أو الجسمية ـ ومن أمثلة المدعمات الأولية الموجبة الطعام والحلوى ، ومن أمثلة المدعمات السالبة المواد والأطعمة الحارة .

٢. مدعم ثانوي Secondary Reinforcer ، وهي مدعمات يتعلمها الفرد من الآخرين المحيطين به ، ومن أمثلتها الابتسامة عندما يحظى العمل بقبول من الآخرين أو عبوس الوجه عندما يكون السلوك مستهجن ، ومن أمثلة المدعمات الثانوية : ـ

ـ المدعمات المادية ومن أمثلتها اللعب والحلوى والمجوهرات التـــي يمكن استخدامها في تدعيم أي قيمة لدي الإنسان .

ـ المدعمات الاجتماعية وهي متعددة ولها أنواع كثيرة ، ومن أمثلتها الابتسامة والضحك والقبلات ، ومدح واستحسان السلوك .

- المدعمات النشاطية Activity ، وتشتمل علي مجموعة من الأنشطة التي يقوم بها الفرد مثل دعوته لتناول الغذاء أو مشاهدة التليفزيون أو لعب مباراة معينة أو الذهاب إلى الشاطئ أو التنزه مع الأسرة عقب تناول الغذاء .
- المدعمات اللفظية ، وهي عبارة عن موضوعات ذات وحدات رمزية مختلفة تتناول قيم مرغوب فيها ، ويمكن من خلالها تغيير بعض الأحداث التي يريدها الشخص ، وتبدأ المدعمات اللفظية بالكلمات الطيبة ، وحتى سرد القصص والحكايات التي تحقق أهدافاً تعليمية وترفيهية في ذات الوقت .

وينقسم المدعمات الإيجابية من حيث النوع إلى : -

1. المدعمات الإيجابية غير المشروطة . Unconditioned Postive R وهي مدعمات غير متعلمة - الطعام والماء - .
2. المدعمات الإيجابية المشروطة (المتعلمة) Conditioned Postive R وتتزاوج هذه المدعمات مع المدعمات السابقة ، ومن أمثلتها تقديم مجلة تحتوي علي بعض الأطعمة أثناء تقديم الطعام نفسه .
3. المدعمات العامة Generalized Positive Reinforcement وتشتمل علي أنماط مختلفة من المثيرات التي تكسب صفه المدعم الإيجابي ، ويتعدد استخدامها في مواقف مختلفة ، ومن أمثلة ذلك ابتسامه الأم للطفل لحظة تناول الطعام أو الشراب أو بعد ذلك عند أداء عمل جيد حيث تستخدم الابتسامة بعد ذلك كمدعم إيجابي عام علي مواقف مختلفة في حياة الفرد .

٤. المدعمات الرمزية Token Reinforcement ، وتستخدم بشكل متبادل مع المدعمات لتزيد من فاعلية تكنيك التدعيم ومن أمثلتها النقود ، براية الأقلام والتدرج في الانتقال من سنة دراسية إلى أخري ، والحصول علي دبلومة ٠٠٠٠وهكذا .

ويتوقف استخدام أي من المدعمات السابقة علي العوامل التالية : ـ

- تدريب الشخص علي المدعمات غير المشروطة .
- الانتقال بعد ذلك إلى تدريبه علي المدعمات المشروطة .
- تعليمه المدعمات العامة ثم
- تعليمه المدعمات الرمزية .

ومع ملاحظة أنه يجب تنويع المدعمات في الموقف الواحد حتى نستطيع أن نتفادى عملية انطفاء المدعم نتيجة كثرة تقديمه للفرد .

وهناك خمس طرق يمكن من خلالها استخدام التدعيم المستمر لبناء سلوك جديد وهي : ـ

١. تشكيل السلوك Shaping ، وهو من التكنيكات الرئيسية المستخدمة لبناء سلوك جديد ، وتتكون عملية التشكيل من تدعيم الخطوات الصغيرة التي تقربنا من تحقيق السلوك النهائي ، ويحدد عملية التشكيل الاستجابة المطلوبة من الشخص ، والتي تؤدي إلى الاقتراب من تحقيق الهدف النهائي . وفي هذه العملية يحدد الأخصائي الاجتماعي نوعية السلوك الذي ينبغي أن يصل إلية العميل ثم بعد ذلك يحدد بدقة أين يقف العميل من هذا السلوك ، ما هي الاستجابات التي تصدر من العميل تدريجيا لتشكيل سلوك أكثر تعقيداً .

وس أمثلة تشكيل السلوك عملية تعليم الطفل كيف يتحدث ، وتبدأ هذه العملية من خلال تدعيم الطفل عند تحريك شفتيه علي اعتبار أنها أول خطوة علي طريق تحقيق السلوك النهائي " التحدث " .

٢. الإزالة Foding ، ورغم أن هذه الطريقة تناقض الطريقة السابقة إلا إنها تساعد علي بناء سلوك جديد أيضا ، وتعتمد تلك الطريقة علي تعريض الشخص لسلسلة من المتاعب في الموقف الذي يحدث فيه السلوك ، وفي المواقف المشابهة وبالتالي سوف يتخلى الشخص عن السلوك الغير مرغوب ويبحث عن سلوك آخر مرغوب فيه .

٣. النمذجة Modeling ، راجع نظرية التعلم الاجتماعي .

٤. الإيعاز (الحث) Prompting ، ويطلق عليها في بعض الأحيان عملية التدريب وتعتمد هذه العملية علي قيام الأخصائي بإسداء النصح والتوجيه للعميل حول نوعية السلوك الذي ينبغي علية اتباعه ليتخلص من مشاكله .

٥. الإرشاد المادي Physical Guidance ، ويعتمد علي تحديد عدد من الخطوات الإجرائية التي ينبغي أن يتبعها العملاء للتخلص من متاعبهم ، وباكتساب سلوكيات جديدة تجعلهم أكثر شعوراً بالسعادة ، وقدرة علي التوافق مع الآخرين ، وهي طريقة مكملة للطريقة السابقة .

* جداول التدعيم

إن استخدام المدعمات يحتاج إلى خطة دقيقة يضعها الأخصائي الاجتماعي بحيث توضح هذه الخطة متي وكيف تستخدم المدعمات ، ومن ثم يجب علي الأخصائي أن يَختار جدولاً للتدعيم بحيث يوضح هذا الجدول العلاقة بين نوعية المدعمات والاستجابة المرغوب حدوثها .

وهناك نوعان شائعان من جداول التدعيم التي يمكن أن يعتمد عليها الأخصائي وهو بصدد وضع خطة التدعيم : -

أ - الجداول المتقطعة Intermittent Schedules وهي جداول تبني خطتها لتقديم المدعمات اللازمة لبناء الاستجابة المطلوبة وفقاً لنسبة من الاستجابات السلوكية. أو في إطار تحديد فترة زمنية محددة يمكن بعدها تدعيم الاستجابات السلوكية ، ومن ثم تنقسم الجداول المتقطعة إلى : جداول النسبة Ratio ، جداول الفترة Interval وفي جداول النسبة تتوزع المدعمات بعد تحديد عدد من الاستجابات ، ومن أمثلة ذلك تدعيم الطفل بعد ذهابه إلى المدرسة عدد خمس مرات مثلاً .

أما جداول المسافة فهو يشير إلى توزيع المدعمات بعد تحديد الأطوال الزمنية التي سوف يتم توزيع المدعمات عليها ، ومن أمثلة ذلك تدعيم الطفل بعد بقاءه في المدرسة لمدة خمس ساعات .

وتنقسم جداول التدعيم المتقطع التي تعتمد علي النسبة إلى : -

١. جداول النسبة الثابتة

وفـــي هذه الجداول يلاحظ إن هناك علاقـــة منهجية منظمة بين عدد الأزمنة التي يحدث فيها السلوك الإجرائي ، وبين عدد الأزمنة التي يقدم فيها التدعيم .

وعلي سبيل المثال فإن (FR2) النسبة الثابتة رقم (٢) تعني الاستجابة المناسبة رقم (٢) التـي سـوف يعقبها تقديـم المدعـم ، وكذلـك تعنـي النسـبة الثابتـة رقـــم (٢٠٠) إن التدعيم سوف يقدم عقب حدوثها مباشرة ، أما الاستجابة رقم (١٩٩) فهي استجابة منطقية أي إن حدوثها لا يعقبه تدعيم ، ومن أمثلة التدعيم الثابت تلك الأنواع من التدعيمات التي تقدم للعمال داخل المصنع عقب تجاوز العامل عدد (ن) من الوحدات الإنتاجية التي يتم الاتفاق عليها من قبل إدارة المصنع ، والتي يطلق عليها جداول الدفع Pay Schedual .

٢. جداول النسبة المتغيرة :

وهي تلك الجداول التي يتم الاتفاق فيها علي عدد معين من الاستجابات المناسبة التي يعقبها تقديم المدعم ،

والمثال التالي يوضح المقصود بجداول النسبة المتغيرة .

عدد مرات التدعيم	العدد الكلي للاستجابات التي يعقب كل منها تقديم التدعيم
١	٣
٢	٥
٣	٤
٤	٤
٥	٣
٦	٥
٦	٢٤

النسبة المتغيرة = العدد الكلي للاستجابات التي أتيحت لها فرص التدعيم / العدد الكلي للمدعمات المقدمة

النسبة المتغيرة = ٢٤ / ٦ = ٤

ويصبح بذلك الاستجابات التي سوف يتم دعمها هي الاستجابات أرقام ٣،٤،٥

٣. جداول النسبة المختلطة Fixed Ratio Schedules

ويقصد بها أنها تلك الجداول التي تعني بتدعيم السلوك عقب وقوع سلسلة منظمة من الأحداث ومن الأمثلة علي ذلك تدعيم الطفل حينما يتعلم دروس الحساب ، ففي حالة تدعيم الطفل عقب نجاحه في حل (٤) مسائل حسابية ، ثم تدعيمه عقب نجاحه في حل مسألتين حسابيتين يسمي الجدول هنا جدول النسبة المختلط لان العميل يتلقى المدعمات بعد أن ينجح في إصدار عدد مختلط من الاستجابات التي تم تحديدها مسبقا من قبل المعالج .

والقاعدة الأساسية التي تعتمد عليها جداول النسبة هي أن تبدأ من الاستجابات البسيطة أو المنخفضة ، ويتدرج منها إلى الاستجابات الأكثر تعقيداً حيث تزداد النسبة تدريجياً .

ب ـ الجداول غير المتقطعة وتنقسم إلى :ـ

١ ـ جداول التدعيم المستمر ومن خلالها يتم تدعيم كل استجابة مرغوبة عقب حدوثها

٢ ـ جداول التدعيم المنقضية Extinction ومن خلالها يقوم المعالج بترتيب الاستجابات تبعاً للسلوك الإجرائي المطلوب حدوثه ثم يتم تقديم التدعيم عقب أداء كل سلوك إجرائي .

ثانيا : الانطفاء التدريجي

يعتبر الانطفاء واحدا من تكنيكات سلوكية عديدة تستخدم للحد من أو تقليل استجابات غير مرغوب فيها مثل التقليل من عادات استجابات القلق العصبي .

ويستخدم الاسترخاء العضلي Muscle Relaxation ضمن عمليات الانطفاء وذلك بغرض إضعاف المثيرات المنشئة للقلق ، ومع تكرار عمليات الاسترخاء العضلي ومناقشة مثيرات القلق سواء باللفظ أو الرمز أو الصورة فان ذلك يؤدي إلى خفض قدرة هذه المثيرات علي إيجاد القلق .

ويعتبر جوزيف ولب Wolp ١٩٤٨،١٩٥٢،١٩٥٨ أول من استخدم الانطفاء من خلال تجاربه المعملية التي اعتمدت علي تعريض مجموعة من القطط لبعض الصدمات الكهربائية من أجل تعديل بعض أشكال السلوك العدواني لديها .

ويعتمد تكنيك الانطفاء علي الخطوات التالية :-

١ . التحليل السلوكي للمثيرات المسببة للسلوك اللاتكيفي ، وقد تكون هذه المثيرات هي الإهمال أو الخوف أو عدم استحسان السلوك واستهجانه ، ولذلك ينبغي علي المعالج أن يصف ويحدد الموقف أو المواقف التي يؤدي توافرها إلى زيادة معدلات حدوث السلوك اللاتكيفي .ويجب علي المعالج أن يرتب محتويات هذا السلوك بطريقة هرمية تساعد في كشف أبعاده ووحداته التي يتشكل منها : علي سبيل المثال يمكن أن يصف المعالج حالة القلق التي يعاني منها العميل علي إنها سلوك لاتكيفي ناتج من:-

- شعور العميل بإهمال الزوجة له .
- ثم إهمال الأصدقاء .
- إهمال زملاءه له في العمل .

وهكذا حتى يسهل تحديد العناصر المسببة للقلق والتي يمكن اتخاذها كوحدات علاجية بعد ذلك .

٢ . أثناء الجلسات الأولى التي يمر بها المعالج ينبغي علية أن يدرب العميل علي عملية الاسترخاء ، والتي معها يمكن أن نساعد العميل علي التعبير عن أفكاره

وتبدأ عملية الاسترخاء من خلال تدريب العملاء علي إرخاء عضلات الذراعين عن طريق وضعهما بجوار الرأس ثم يلي ذلك استرخاء العنق ، والكتفين ، والبطن والتجويف الصدري ثم بعد ذلك الأطراف السفلية ، وينبغي علي العميل أن يقوم بتمرينات الاسترخاء لمدة ٣٠ دقيقة مرة كل يوم ، وحينما يتعلم العميل عملية الاسترخاء ، ويستطيع أن يتجاوب مع المعالج تبدأ عملية الانطفاء المنهجي .

٣ . عملية الانطفاء تبدأ حينما يكون العميل في حاله استرخاء تام ، في هذه الحالة يقوم المعالج بوصف سلسلة من المناظر ، ويطلب من العميل أن يتخيل نفسه أحد اطراف التفاعل في أي من تلك المناظر التي يعرضها علية المعالج . كذلك يتم عرض بعض المناظر المحايدة . ويطلب من العميل وهو لازال في حالة استرخاء أن يتصور مواقف القلق التي يمكن أن تنشأ عن كل منظر من المناظر التخيلية التي يطلب منه وضع نفسه فيها . ففي مثال القلق السابق يمكن عرض مناظر تتعلق بإهمال الزوجة ثم إهمال الأصدقاء ، ثم إهمال زملاء العمل ، ولا يتم الانتقال من عنصر إلى عنصر آخر إلا بعد التأكد تماماً من انطفاء العنصر الأول .

ويعتبر تكنيك الانطفاء من التكنيكات المناسبة لعلاج حالات الفوبيا ، القلق ، الاضطرابات الجنسية .

* نموذج للتدريب على الاسترخاء

١- إقبض يدك اليمنى بقوة – لاحظ التوتر الذي يحدث في اليد والساعد أبسط يدك بهدوء واسترخاء .

٢- أقبض يدك اليسرى بقوة راقب التوتر الذي يحدث في اليد والساعد ثم ابسط يدك بهدوء واسترخاء .

٣- أرفع ذراعك الأيسر لأعلي مع فرد الأصابع – راقب توتر الذراع واليد – اخفض ذراعك بهدوء واسترخاء .

٤- أرفع ذراعك الأيمن لأعلي مع فرد الأصابع – راقب توتر الذراع واليد – أخفض ذراعك بهدوء واسترخاء .

٥- أرفع ذراعيك إلى اعلي ثم لاحظ التوتر – اخفض ذراعيك بهدوء واسترخاء .

٦- شد جبهتك واغلق عينيك – ثم لاحظ التوتر – عد بجبهتك وعينيك تدريجياً إلى وضعهما الطبيعي .

٧- ضغط علي شفتيك وأشدد الفم والذقن – ثم لاحظ التوتر ثم عد بهما تدريجياً إلى وضعهما الطبيعي .

٨- قذف برأسك للخلف تدريجياً – لاحظ التوتر – عد برأسك إلى وضعها الطبيعي بهدوء واسترخاء .

٩ . قبض علي عضلات صدرك وبطنك – لاحظ التوتر – عد بهما إلى وضعهما .

١٠ . خذ شهيقا عميقا – ثم لاحظ التوتر – ادفع بالزفير تدريجياً ثم استرخي .

ثالثاً : تكنيكات العلاج بالتنفير

استخدمت تكنيكات التنفير علي نطاق واسع في معظم المداخل السلوكية ، وذلك لمساعدة الناس علي أن يتصرفوا بطريقة مرغوبة اجتماعيا . كما استخدمت تكنيكات التنفير في كثير من المؤسسات الاجتماعية وذلك للتحكم في سلوك الأعضاء .

ففي الديانة المسيحية علي سبيل المثال تستخدم الكنيسة تكنيك الحرمان Excommunication لمعاقبة كل من يرتكب سلوك غير مقبول ، وتستخدم المدارس تكنيكي الطرد Expulsion ، الرفت Suspension لمعاقبة التلاميذ الذين لا يتبعون النظام المدرسي وتعليماته ، ويستخدم المصنع أسلوب الجزاءات الرادعة والإيداع في السجون أو المصحات العقلية والنفسية لمن هم شواذ عن المحيط العام للمجتمع .

وهناك ستة أشكال لطريقة العلاج بالتنفير تتمثل في :-

١. التنفير الكيميائي Chemical Aversion ويعتمد علي استخدام العقاقير التي تؤدي إلى الشعور بالغثيان والقيء لمنع أو تقليل السلوكيات غير المرغوب فيها ويستخدم هذا التكنيك في علاج إدمان الكحوليات ، والتدخين ، ورغم ما يحققه هذا التكنيك من نتائج إلا إن له بعض المسالب التي تحد من استخدامه حيث يري بارلو Barlow ١٩٧٨ أن هذا العلاج غير مفضل لأنه يؤدي إلى عدم التعاون من جهة العملاء بصفة خاصة ، أو قد تتكون مناعه لدي البعض نتيجة لاستخدام بعض العقاقير المنفرة ، وفي أسوء الحالات قد تنجم عنه آثار جانبية غير مرغوبة ، ولهذا ينصح " بارلو " بتوخي الحذر من استخدام هذا التكنيك ، وعدم المبالغة فيه .

٢. الصدمة الكهربائية Electric Shock ، وتستخدم في علاج كثير من المشكلات السلوكية كالانحرافات الجنسية أو المشكلات السلوكية المصاحبة للتخلف العقلي ، كما تستخدم مع بعض أنواع الاضطرابات الذهانية والصدمة الكهربائية التي تستخدم في العلاج السلوكي ليست ذات طبيعة ارتجاجية ، وإنما تتم من خلال خطف المشبك الكهربائي ، ولها أماكن محددة مثل : بطن الذراع أو سمانه الساق أو بطن الأصابع .

٣. إثارة الحساسية Covert Sensitization ، ويعتبر هذا التكنيك من التكنيكات التي تقوم علي استخدام طريقة التنفير اللفظي Verbal Aversion Method مع المناظر غير المستحبة و غير المفضلة ، والتي تؤدي إلى سلوك منحرف . واستخدم هذا التكنيك في علاج مشكلات الانحرافات الجنسية ، الإدمان التدخين ، السرقة ، التبول اللاإرادي ، وتقوم فكرته علي أن يطلب المعالج من العميل الذي ارتكب سلوكاً غير سوي أن يتخيل النتائج الحقيقية لسلوكه من خلال استثارة الشعور بالإثم والذنب ، والمخاوف المرتبطة بالفعل الذي آتاه وكذلك انعكاسات هذا الفعل علي أصدقاءه وأقاربه إن هم علموا بذلك .

٤. تكنيك العزل Time-Out، ويفترض هذا التكنيك إن السلوك المستهدف سوف يقل في تكراره ومعدلات حدوثه إذا قللنا من فرص التدعيم الإيجابي للفرد علي سبيل المثال : التلميذ الذي يثير حاله من الفوضى داخل الفصل الدراسي يمكن السماح لزملائه بالاستمتاع بوقت الفسحة مع حبسة داخل الفصل ومنعه من المشاركة في النشاط .

ويري " بارلو ١٩٧٨ " إن تكنيك العزل هو أقل التكنيكات تنفيرا بالمقارنة بالتنفيرات الأخرى . ولكنه يتطلب عناية من القائمين بتطبيقه ــ سواء كانوا أخصائيين أو أباء أو مدرسين ــ من حيث مدة التطبيق وقياس فاعلية ذلك التكنيك بعد انقضاء الزمن المحدد له .

٥. تكنيك المبالغة في التصحيح Overcorrection ، ويستخدم مع الأطفال ذوي السلوك الفوضوي ، ومع المراهقين المقيمين في المؤسسات ، وتعتمد فكرة هذا التكنيك علي إعادة ترتيب البيئة علي نحو افضل مما كانت عليه قبل حدوث سلوك الفوضى : مثال علي ذلك : الطفل الذي يلقي بالطعام أثناء نوبات غضبة يطلب منه تنظيف مكان الطعام جيداً ، ولا يتوقف الأمر عند هذا الحد بل يطلب منه أيضا غسل الأرض التي بللت بالطعام وتلميعها جيداً بحيث تظهر علي نحو افضل مما كانت علية ، وفي حالات شدة حدوث السلوك يطلب من الطفل تنظيف مكان آخر إلى جانب الغرفة التي القي فيها الطعام أثناء غضبة .

٦. تكلفة الاستجابة Response Cost ، وهو شكل من أشكال المنفرات التي ينبغي أن توجه للشخص عقب حدوث السلوك غير المرغوب فيه ، ويتطلب هذا التكنيك أن تكون العلاقة بين الفعل (السلوك المشكل) والعقاب علاقة واضحة ومفسرة بدقة : في حاله الطفل الانفعالي في المثال السابق تتحدد تكلفة الاستجابة غير السوية هنا بحرمانه من الذهاب للنادي أو من مصروفه اليومي أو من الذهاب لرحلة ما مع التوضيح له بان ذلك الحرمان هو نتيجة لذلك السلوك غير المرغوب .

رابعاً : تكنيكات العلاج المعرفي السلوكي

حظيت النظريات المعرفية باهتمام قوي في بحوث التدخل المهني للخدمة الاجتماعية منذ أوائل الثمانينات من القرن المنصرم .

تلك النظريات التي اعتمدت علي رؤى جولد ستاين H.Goldstein ١٩٨١، ١٩٨٤، بيرلين Berlin ، ١٩٨٠، ١٩٨٢، ورؤى بيك Beck ١٩٦٢ والتي نجم عنها ما يسمي بالعلاج الانفعالي العقلاني Rational emotive Therapy وكذلك أعمال جلاسر Glasser ١٩٦٥ التي أفرزت ما يسمي بالعلاج الواقعي Reality Therapy .

وتركز النظريات المعرفية عموما ، ونظرية التعلم الاجتماعي " لجولد ستاين " بصفة خاصة علي أهمية الإدراك والمعرفة ، وان سلوك الناس يرتبط بدرجة عالية جدا بطرق تفكيرهم . وتفترض هذه النظريات إن السلوك يتأثر بالأفكار – اكثر من تأثره بالدوافع اللاشعورية ، المشاعر والصراعات . ومن ثم فان نظرية التعلم الاجتماعي تؤكد علي الطريقة التي يتعامل بها الناس في المواقف الاجتماعية ، والتي تعتمد علي الملاحظة وسلوكيات الاقتداء . تلك الأفكار مهدت مباشرة إلى النظرية المعرفية التي تركز علي إن سلوك الأشخاص إنما يتأثر ويتوجه بطبيعة مدركاتهم الشخصية ، كذلك في إطار تحليلهم لما يرونه في الواقع .

ويحدث الاضطراب السلوكي من وجهة النظر المعرفية نتيجة للأفكار اللاعقلانية أو لاضطراب الإدراك الذي تنجم عنه رؤية خاطئة وغير صحيحة للعالم من حولنا ونتيجة لذلك فإننا نتصرف بشكل غير ملائم لأننا أدركنا الواقع بشكل خاطئ .

ويري جولد ستين ، ١٩٨١ إن نظريات التغير السلوكي تحتاج إلى ثلاثة أجزاء مترابطة : ميثاق أخلاق أو فلسفة اجتماعية ، نظرية للشخصية ، تكنيكات تؤثر علي السلوك وفي ضوء ذلك فان فلسفة " جولد ستين " حول السلوك البشري ، وطرق تعلم ذلك السلوك تتلخص في النقاط الأربعة التالية : –

- يتحسن فهم الناس حينما يبحثون ويتحركون في اتجاه أهدافهم الخاصة .

- يكون الناس رؤاهم الخاصة عن الواقع في إطار ما تعلموه .
- يتفاعل الناس في أحوالهم المعيشية عن طريق ما يسمي بالتكيف ، والتكيف هو تلك العملية التي يدير بها الناس عالمهم الخارجي .
- يتأثر التكيف بإدراكنا لذواتنا ، ومفهومنا عن أنفسنا ، وكيف نتأثر بادراكاتنا .

وفي ضوء ذلك تمتلك النفس ثلاثة أنشطة رئيسية للتعامل مع العامل الخارجي تتمثل في : -

- التكيف Adaptation ، وهو التفاعل مع العالم الخارجي مع الأخذ في الحسبان رؤيتنا لأنفسنا ، وأهدافنا ورغباتنا .
- الثبات Stabilisation ، ونعني به الحفاظ علي النسق البشري في حالة من التوازن حينما نتعامل مع الأحداث الجديدة .
- وضع الأهداف Setting intentions ، والتي تتحدد في ضوء حدوث حالة من التوافق عند البحث عن أهدافنا - تبعاً لأهدافنا الداخلية .

والإدراك وهو الجانب المهم في النظرية المعرفية يعرف بأنه سلسلة من الأفعال التي تأخذ مكاناً في السياق الاجتماعي عند الاستجابة للمثيرات .

هذه المثيرات التي تكون بداخلنا أو في محيطنا الخارجي . ومن ثم فإننا نتصرف معرفيا وفقاً للمعادلة التالية :-

الحوادث أو المثيرات التي تنبع من داخلنا أو تأتى من المحيط الخارجي تـمر عبر ← عملية الإدراك التي تترجم إلى ← أفكار وحديث مع النفس تصاحب هذه ← الأفكار حالـه انفعالية موجبة أو سالبة تنتهي إلى ← فعل أو سلوك إما سليم وإما خاطئ ، وذلك وفقاً لسلامة الإدراك أو اضطرابه .

ووفقا لتلك الرؤى المعرفية التي تفسر كيف نتصرف فقد عالجت السلوك المضطرب بالرجوع إلى مسببه الرئيسي وهو الإدراك المضطرب أو الناقص ، ويتحدد ذلك في ظل ممارسة عدد من التكنيكات المعرفية السلوكية نتخير منها ما يلي : -

1. أساليب التشتت
2. تسجيل الأفكار
3. ملاحظة النشاطات ، وما فيها من المتعة والتفوق
4. جدولة النشاطات
5. التكليف بمهام متدرجة
6. تحديد الأفكار العفوية السلبية
7. مناقشة الأفكار العفوية السلبية
8. تحديد الافتراضات الخاطئة
9. تحدي الافتراضات الخاطئة
10. تخدام الفشل
11. التحضير للمستقبل .

١ - أساليب التشتت

وهي تستخدم لاستنفاذ الوقت الذي يقضيه المريض في التباكي مما يؤدي إلى زيادة الضغوط عليه بدلاً من قضائه لذلك الوقت في إيجاد حلول للمشاكل التي يواجهها . ويستخدم بعض المرضي أساليب التشتت كطريقة لتجنب القضايا المؤلمة (تجنب معرفي) .

ويجب أن نشجعهم علي أن يتغلبوا علي حزنهم بسرعة وذلك بالتفكير في المشكلة وإيجاد حل لها بدلاً من تركها بدون حل وتأثير ذلك علي معنوياتهم . وهذه الأساليب مفيدة في مراحل العلاج الأولى ، قبل أن يصبح المريض ماهراً في إيجاد بدائل أكثر فائدة .

ومن أساليب التشتت ما يلي : ـ

أ- **التركيز علي شئ ما :** وذلك بالقيام بوصفة لأنفسهم بكل تفاصيله الدقيقة والصغيرة بقدر الإمكان .

ب- **الإدراك الحسي :** تعلم المرضي كيفية التركيز علي ما حولهم باستخدام حواسهم مثل النظر ، السمع ، التذوق ، اللمس ، الشم ، ومحاولة الاستمرار في ذلك .

ج- **التمارين العقلية :** العدد من ١٠٠٠الي صفر وذلك بطرح سبعة ، أو التفكير في أسماء الحيوانات علي أن نبدأ بأخر حرف من الكلمة السابقة وهكذا .

د- **الذكريات الجميلة والخيال :** مثل تذكر أحداث إجازة سعيدة ٠٠٠ أو تخيل رحلة إلى إحدى المناطق البعيدة والتي يتمني المرء أن يزورها .

و- **النشاطات الاستحواذية :** والتي تشغل العقل والجسد وتستحوذ عليهما مثل الكلمات المتقاطعة ، أو لعب التنس وخلافة .

٢ـ تسجيل الأفكار : ـ

نعلم المريض أن يلاحظ حدوث الأفكار السلبية وان يضعها علي جانب ، وفي البداية يمكن أن يؤدي هذا إلى زيادة الحالة الاكتئابية حيث يدرك المريض هذه الأفكار بدون أن يملك مهارات معينة لتعديل تلك الأفكار .

٣ - ملاحظة النشاطات : -

نطلب من المرضي أن يسجلوا ما يفعلونه ساعة بساعة وان يضعوا لكل نشاط نسبة من ١٠ للسعادة والتفوق . ويسمح ذلك للمعالج والمريض باختبار بعض الأفكار مثل (أنا لا افعل أي شئ) أو (لا شئ مما افعله يغير شيئا مما اشعر به) مثل هذه الأفكار قد تكون أو قد لا تكون صحيحة . وهذا التسجيل يبين حقيقة ذلك وبهذا يستطيع المعالج أن يشجع المريض لإيجاد أنشطة أكثر إشباعا ، وفيها من المتعة والشعور بالتفوق الشيء الكثير .

٤ - جدولة النشاطات : -

ويستخدم هذا التخطيط المسبق لكل يوم علي حدة وذلك لزيادة مستويات الأنشطة ولزيادة التفوق والمتعة . وهذا يساعد المريض علي زيادة نشاطاته المشبعة وإزالة الحاجة لإعادة اتخاذ القرار ، وزيادة قدرة المريض علي التحكم في حياته .

٥ - التكليف بمهام متدرجة : -

وذلك يزيد من فرص النجاح بتقسيم المهام إلى خطوات صغيرة يمكن إنجازها مما يؤدي لدعم المهمة الكلية . وهذا يضاد الفشل ويعيد تعريف النجاح بطريقة واقعية ، ومع الوضع في الاعتبار ما يشعر به المريض عند الإنجاز ولو لجزء من نشاط أو مهمة معينة .

٦ - تحديد الأفكار (الأوتوماتيكية) العفوية السلبية : -

هذه الأفكار غالبا ما تكون عادة و أوتوماتيكية (عفوية) وإلزامية ولذلك يكون من

الصعب التحكم فيها . وتحدث كاستجابة لعدد كبير من الاستثارات ويشمل ذلك العلاج نفسه . لهذا فان الحديث عن إنهاء العلاج يمكن أن يفسر خطئاً علي انه نوع من أنواع الرفض

إن الأفكار الأوتوماتيكية العفوية السلبية تحدث كنتيجة للأخطاء في نوعية التفكير والتي من خلالها تتأول الادراكات والتفسيرات تأويلاً خاطئاً .

وهذه الأخطاء يمكن تجميعها في الآتي : ـ

أ ـ زيادة التعميم . ب ـ التجريد المنتقي .

ج ـ اخذ الأمور علي إنها شخصية . د ـ التفكير الجامد (إما نعم أو لا ، ابيض أو اسود ولا شئ بينهما) .

هـ ـ الاستدلال الاعتباطي ، وذلك بالوصول إلى النتائج بدون تمحيص للمقدمات .

وتتعلق الأفكار العفوية السلبية بكل الأعراض الاكتئابية . عادة ما يقوم المرضي بتجديد الأفكار السلبية أولا مع المعالج ، ثم بعد ذلك يطوروا من مهاراتهم من خلال ملاحظة أنفسهم كواجبات منزلية . ويمكن عندئذ استخدام <u>سجل الأفكار السلبية</u> التالي:

الإحساس	الموقف	الأفكار السلبية	الاستجابة	النتيجة
بم تشعر الان ؟ وما مدي سوء هذا الإحساس ؟ (٠ ـ ١٠٠)	ماذا كنت تنوي أن تفعل ؟	ماذا كانت أفكارك ؟ وإلي أي مدي تصدقها ؟ (٠ ـ ١٠٠)	ما هي إجابتك العقلانية ؟	١ اعتقادك الان ٢ . شعورك ٣ . ماذا يمكن أن تفعل الان
حزين ٨٠ فارغ ٨٠ مذنب ٩٠	نزهة مسائية مع الأصدقاء	كلهم ناجحين ألا أنا . أتعامل مع حياتي بطريقة غبية . لن يتحسن شي في حياتي . أنا لا استحق السعادة بسبب أخطائي . ٩٠%	لا يوجد شئ يعوض ما فات في الماضي . ما زلت شابا وأستطيع أن أحاول مرة أخرى	١. الاعتقاد ٦٠% ٢. حزين ٥٠% فارغ ٥٠% مذنب ٥٠% ٣. وضع خطة للمستقبل

*** المشاكل التي تحول دون تحديد الأفكار العفوية السلبية : ـ**

- **يتجنب المرضي تسجيل الأفكار** : عندما نشجع التركيز علي الأفكار الاكتئابية لدي المرضي قبل أن يتعلموا المهارات التي تمنعهم من التغلب عليها فان تلك الأفكار تكون مؤلمة وكريهة ولذلك فهم يتجنبوها . مبدئياً يمكن أن نساعدهم بتقليل الزمن الذي يقضونه في التركيز علي الأفكار المحزنة وكذلك تقديم وسائل أخرى للتحكم فيها . (كالنشاطات الاستحوانية) .
- **فقدان أساس الأفكار الاكتئابية :** من المهم أن ننظر للأفكار والتصورات أو المعاني والتي تكون من القوة بما يكفي لجعل المريض يشعر بما يشعر به من الأحاسيس الاكتئابية . فلو شعر المريض بالاكتئاب نتيجة لغلطة تافهة : مثل { أنا مخطئ لأنني لم اذهب لزيارة أصدقائي } فان مثل هذا التفكير لا يقنع المعالج ولا يكون مناسباً لدرجة اليأس (٩٠%) الذي يشعر به المريض مع مناقشة المريض بطريقة اكثر عمقاً تظهـــر أفكار اكثـــر اكتئابية { لا أستطيع أن ابني أي علاقة مع أي شخص أنا فاشل اجتماعياً ، سوف اقضي حياتي كلها وحيداً ومنعزلاً } .

أن الأسئلة التي تبدأ بلماذا مثل (لماذا كنت تشعر بالنعاس) لا تظهر للمريض ما يريده المعالج فمن الأفضل أن نسأله ماذا كان يدور بخلدك في تلك اللحظة .

٧ ـ تمحيص الأفكار الأوتوماتيكية السلبية :

يوجد وسيلتين لذلك هما : التحدي القولي والتجارب السلوكية .

أ- التحدي القوني :-

كي نعلم المريض كيف يعيد تقييم أفكاره لوضع بدائل لها ، توجد عدة من الأسئلة المفيدة التي يمكن للمرضي أن يسألوها لأنفسهم مثل : ما هو دليلك علي هذا ؟ والدليل المساند والدليل المناقض ، ويجب أن تبذل الجهود للكشف عن الأدلة الغير مثبتة والتي لا يدرك المريض وجودها كما يجب أن نشكك في صحة الأدلة السلبية .

ما الأخطاء العقلية التي قمت بها ؟ هل احكم علي نفسي نتيجة لحدث واحد (زيادة التعميم) هل أنا اركز علي نقاط ضعفي وانسي نقاط قوتي ؟ (التجريد المنتقي) هل أفكر بطريقة إما الكل وإلا فلا ؟ (التفكير الجامد) هل أنا أتحمل مسئولية خطا لا يد لي فيه ؟ (مسئولية إرجاع كل ما يحدث للمريض) بدون أن افحص المقدمات هل أنا اقفز إلى النتائج ؟ (الاستدلال الاعتباطي) .

ب- التجارب السلوكية :-

يفتح التحدي القولي للأفكار الأوتوماتيكية العفوية السلبية الباب لتغيير السلوك . إن العديد من المرضي لا يعلمون كيفية التعامل بطريقة فعالة . ويحتاج المرضي أن يتعلموا من خلال العلاج وذلك بتدريبهم علي بعض المهارات : كتأكيد الذات والمهارات الاجتماعية ومهارات حل المشاكل . فعندما يعلم المريض إن الأفكار الأوتوماتيكية السلبية يمكن أن تكون غير صحيحة ، فانه ينصح بان يقوم بتجريبها (السلوك) مثلا يعبر عن نفسه أمام الآخرين وسيري أن لا أحد يغضب منه ، والخلاصة أن لا يفترض المريض ردود أفعال الآخرين تجاهه ، بل يجب أن يراها بنفسه .

ومن المميزات التي يتفوق بها العلاج النفسي للاكتئاب علي الأدوية المضادة للاكتئاب انه يقلل من مخاطر الانتكاسة . إن العلاج المعرفي السلوكي مفيداً جداً في هذا الخصوص حيث يخلخل الافتراضات الأساسية التي يرتكز عليها التفكير الاكتئابي .

٨ – تحديد الافتراضات الخاطئة : –

جمع " بيك وزملائه " ١٩٨٣ الافتراضات الأساسية في ٣ مناطق مركزية : –

أ- **الإنجاز** (مستوي عالي من الأداء ، الحاجة للنجاح) .

ب- **القبول** (الحاجة أن يكون محبوبا ومحترما) .

ج- **التحكم** (الحاجة إلى التحكم في الأحداث ، الرغبة في أن يكون قويا) .

وقد يكون تحديد الافتراضات الخاطئة اكثر صعوبة من تحديد الأفكار العفوية السلبية . حيث إنها عادة ما تحدث في اللاوعي . كما إنها قواعد عامة قد لا تتشكل ابدا في كلمات . ولكن يمكننا أن نستنتجها عن أن نلاحظها باستخدام ما يصدر عن المريض من إشارات توحي بما ورائها من افتراضات أساسية كالتالي : –

أ- **الأفكار الرئيسية** : الانشغال المبكر بفعل الأشياء بطريقة جيدة أو بامتياز .

ب- **الأخطاء العقلية** : مثل التفكير الجامد والتجريد المنتقي

ج- **التقييم العام للذات** : كأن يصف المريض نفسه بالغباء ، الطفولية ، الضعف .

د- **الذكريات وأقوال الأسرة** : ذكريات حية عن تجارب الطفولة . مقولة الوالد (كي تساوي شيئاً يجب أن تكون ناجحاً) .

هـ- **الحالة النفسية العالية** : توحي بالتوافق مع الافتراضات بينما تشير الحالة النفسية السيئة بانتهاك تلك الافتراضات .

الخصائص المميزة للافتراضات الخاطئة : –

١) لا تظهر حقيقة التجربة الإنسانية . " لابد أن أكون قويا دائما " تتجاهل القدرة الإنسانية .

٢) دائما ما تكون جامدة وتعمم الأمور لأقصى حد ، ولا تأخذ في الاعتبار تنوع الظروف المحيطة بالإنسان .

٣) إنها تمنع بدلاً من أن تسهل تحقيق الأهداف .

٤) يرتبط انتهاك تلك الافتراضات بمشاعر وأحاسيس حادة وزائدة . مثال ذلك : ـ

اليأس ←—— الاكتئاب ، أيضا عندما تتوافق شروطهما فان الابتهاج ←—— الهوس .

وبمجرد تحديد أحد هذه الافتراضات الخاطئة يجب أن نقوم بمناقشة هذه الافتراضات وتمحيصها وكذلك نستخدم التجارب السلوكية لإثبات عدم جدواها .

٩ ـ تحدى الافتراضات الخاطئة : ـ

ـ كيف تكون الافتراضات غير العقلانية ؟ لأنه من غير المعقول أن نطالب بان تكون الحياة عادلة دائماً .

ـ كيف تكون الافتراضات غير مساعدة ؟ نطلب من المريض أن يضع قائمة بفوائد ومضار تمسكه باعتقاده . قد تنتج الافتراضات الممتازة أداء عالياً أحيانا ، ولكنها غالبا ما تسبب القلق والذي يحول دون جودة الأداء .

ـ من أين أتت هذه الافتراضات ؟ غالبا ما تكون من تجارب فترة الطفولة وأقوال الأسرة . أو الأشياء التي تكون مهمة للطفل قد لا تكون كذلك للشاب . حيث إن النجاح في المدرسة شئ مطلوب وإلزامي ولكن كي تصبح مليونيراً فهذا هدف بعيد المنال .

ـ وما هو الحل الأمثل البديل ؟ يجب أن ننسي بعض الكلمات مثل يجب ودائما وغالباً وأبدا ولابد. لذلك يجب إعادة تقييم الفشل الذي أدى للاكتئاب وان نعتبره كدافع لإعادة المحاولة .

إن التحديات الشفوية للافتراضات الخاطئة يجب أن تختبر دائماً وتتقوى بالتغيير في السلوك . ويمكن أن تأخذ التجارب السلوكية عدة أشكال تشمل : جمع المعلومات عن مستويات الآخرين ، وملاحظة ما يفعله الأشخاص الآخرون وسوف تجد نفسك لست اقل منهم بحال من الأحوال .

١٠ - استخدام الفشل : -

يتمرن المرضى باستمرار طوال فترة العلاج علي مهارات التعامل المعرفية السلوكية لهذا تزداد قدرتهم علي التعامل مع المواقف الصعبة ، ويصبح الفشل الذي يحدث أثناء فترة العلاج فرصة للتمرين . فما قد تعلمناه يجب أن نستخدمه للتحكم في عدم تكرار الوقوع في الخطأ ، ومن ثم الفشل .

١١ - التحضير والاستعداد للمستقبل : -

بنهاية العلاج ، يقلل العديد من المرضي من عدم قدرتهم علي التعايش بمفردهم لذلك فانه من المهم أن نشجع المريض علي التعبير عن تلك المشاعر وتقييم أدلة صلاحيتهم للخروج .

ومن الممكن أن نعرف لهم بعض الأحداث في المستقبل التي قد تؤدي بهم للاكتئاب مثل التقاعد أو موت قريب عزيز أو مغادرة الأطفال للمنزل عندما يكبرون . ويمكن أن يعمل المعالج مع المريض في وضع خطط لكيفية التعامل مع مثل تلك المواقف .

*** تقويم نتائج التدخل السلوكي**

عندما يصل المعالج السلوكي إلى المرحلة النهائية في العلاج فان جل اهتمامه ينبغي أن ينصب علي تقدير الدرجة الحقيقية للتغير الحادث في السلوك بعد انتهاء عملية التدخل .

ولتقدير درجة التغير الحادث في السلوك يعتمد المعالج علي أنواع مختلفة من المعلومات مثل تقرير العميل ، الملاحظة الكلينيكية هذا بالإضافة إلــي عدد من المحكات التــي حـــددها " نايت " Knight والتي تتمثل في : -

١ تحسن الأعراض Symptomatic Improvement

٢ تزايد الأداء في العمل Increased Productiveness at work

٣ تحسن التوافق Improved Adjustment

٤ تحسن العلاقات الشخصية Imrovedintepersonal Relationship

٥ زيادة القدرة علي مواجهة الصراعات والضغوط .

ويعتبر تصميم العامل الواحد Single Factor Desing ، من التصميمات التجريبية التي يمكن الاعتماد عليها في التحقق من فاعلية العلاج . فضلاً عن مقارنة نتائج التكنيكات السلوكية بنتائج العلاجات التقليدية ، ومقارنة نتائج التكنيكات السلوكية مع بعضها البعض .

وينبغي علي المعالج السلوكي أن يهتم باختيار التصميم التجريبي المناسب لان مرحلة ما بعد التدخل المهني ـ التقويم والمتابعة ـ تعتمد بشكل كبير علي مرحلة خط الأساس (راجع مناهج البحث في العلاج السلوكي) .

مراجع الفصل الرابع

١. أنور محمد الشرقاوي : التعلم نظريات وتطبيقات ـ القاهرة ، الانجلو المصرية ، ط ٣ ١٩٨٧.

٢. جورج . جازدا . ر . كورسيني : نظريات التعلم ، دراسة مقارنة ، ترجمة علي حسين حجاج ، سلسلة عالم المعرفة ، عدد ١٠٨ ، المجلس الوطني للثقافة ، الكويت ، ١٩٨٦.

٣. رمزية الغريب : التعلم : دراسة نفسية تفسيرية توجيهية ، القاهرة ، الانجلو المصرية ط ٧ ، ١٩٨٦.

٤. عبد الله عبد الحي موسي : المدخل الى علم النفس ، القاهرة ، مكتبة الخانجي ، ط ٣ . ١٩٨٢

٥. عبد العزيز فهمي النوحي : نظريات خدمة الفرد : خدمة الفرد السلوكية ، القاهرة دار الثقافة ، ١٩٨٣.

٦. كمال دسوقي : علم النفس ودراسة التوافق ، القاهرة ، مكتبة الانجلو ، ط٢ ، ١٩٧٦.

٧. لوك. س . واطسون : تعديل سلوك الاطفال ، ترجمة محمد فرغلي ، سلوي الملا ، القاهرة دار المعارف ، ١٩٧٦.

٨. هـ . ر. بيتش : العلاج السلوكي . في . ب . م . فوس : آفاق جديدة في علم النفس ترجمة فؤاد أبو حطب ، القاهرة ، عالم الكتاب ، ١٩٧٢.

9-- Azrin,N.H.:Effects of Punishment During Variable Interval Reinforcement.J.of Experimental Analysis of Behavior,Vol.3 1960.

10-- Ashcroft,Wendy : Behavior Modification Technique.In John G.Greer et al :Strategies For Helping Severely & Multiply Handicapped Citizens.Baltimore, University Park Press, 1982.

11-- Baer, D.M. : Laboratory Control of Thumb Sucking by with Drawal and Representation of Reinformcement. J.of Experimental Analysis of Behavior, 1962.

12-- Bijow, Sidney, W. & Dunitz, Johnson, E.:Inte'r Behavior Analysis of Developmental Retardation. The Psychological Record, No. 31, 1981.

13-- Cory, Gerald : Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. N.Y., Brooks, Cole Publishing Company, 2nd-ed, 1982.

14-- Chazan,- M. et ai. : Helping young Children with Behavio Difficulties. London, Croom Helm Ltd 1983 .

15-- Epstien, L.H., et al.. Generality and Side Effects of overcorrection.J. of Applied Behavior Analysis, 1974.

16-- Fischer, Jeol & Gohros, Harvey: Planned behavior Changej Behavior Modification In social work. N.Y. The free press, 1975.

17-- Foxx, R.M.: The Use of overcprrection to Eliminate the public Disrobing In Retarded women.J. of Behavoir research and Therapy, 1976 .

18-- Hopkins, B.L.: Effects of candy and social Reinforce-ment and Reinforceroent schedule learning on the Modi-fication and maintenance of smiling. Jornal of Applied behavior Analysis 1968.

19-- Hemsley, Rosemary & Carr, Janet : Ways of Increasing behavior . In William Yule & Janet carr: Behavior Modification for people with Mental handicaps. N.Y., Croom helm, 2nd-ed, 1987.

20-- Johnes, Malcolmc.: Behavior problems In handicapped children. London, The Beech free house, A condor book souvenir prees ltd, 1983.

21--Karen, Robert.L: An Introduction to behavior theory and Its Application N.Y. happer & row publishers, 1974.

22-- Koller:/ Helen et al.,: Behaviour disturbance since chil dhood Among A 5 years birth Cohort of all Mentally retarded young Adults In Acity. J. of Mental. D, Vol.87, No.4, 1983.

23-- Murphy, G.: Direct observation As an assessement tool in functional Analysis and Treatment. In. J. hogg & N.V. Raynes. Assessement In Mental handicap: A Guid to Assessment practices. Tests and checklists. London, Cromm helmy, 1987.

24-- Porterfield, J.K. et al., contingent observation An Effective and Acceptable procedure for reducing disruptive behavior of young children In A Group setting.J. of Applied behavior Analysis, 1976.

25-- Skinner, B.F.: Science and human behavior. N.Y., Free-press, 1953.

26-- Schuman, H.: Further observation on psychodynamics of parents Retarded children. Train. Sch. Bull, Vol. 60, No.2, 1963.

27-- Sundel, Marthin & Sundel, Sandra Stone: Behavior Modification In the human services: A systematic Introduction to concepts and Applications. N.Y. John Wiley & Sons, 1975.

28-- Skinner, B.F.,: Skinner's operant behaviorism. In Nicholas Dicaprio: personality theories. N.Y. Libarary of congress, 2nd-ed, 1983.

29-- Tarpy, Roger.M.: Basic principles of learning. Scott, Foreseman and company, 1975.

30-- Wolp, Joseph: The practice of behavior therapy, N.Y. Pergamon press Inc., 2nd-ed, 1973.

31-- Weber, D.B. S Epstein, H.R: Contrasting Adaptive be-havior Ratings of Male and Female Institutionalized Residents Across. Am.J. of Mental Def.,. Vol, 84, No.4,1980.

32-- Zastrow, Charles: The practice of social work.N.Y. the Dorsey press, 1981.

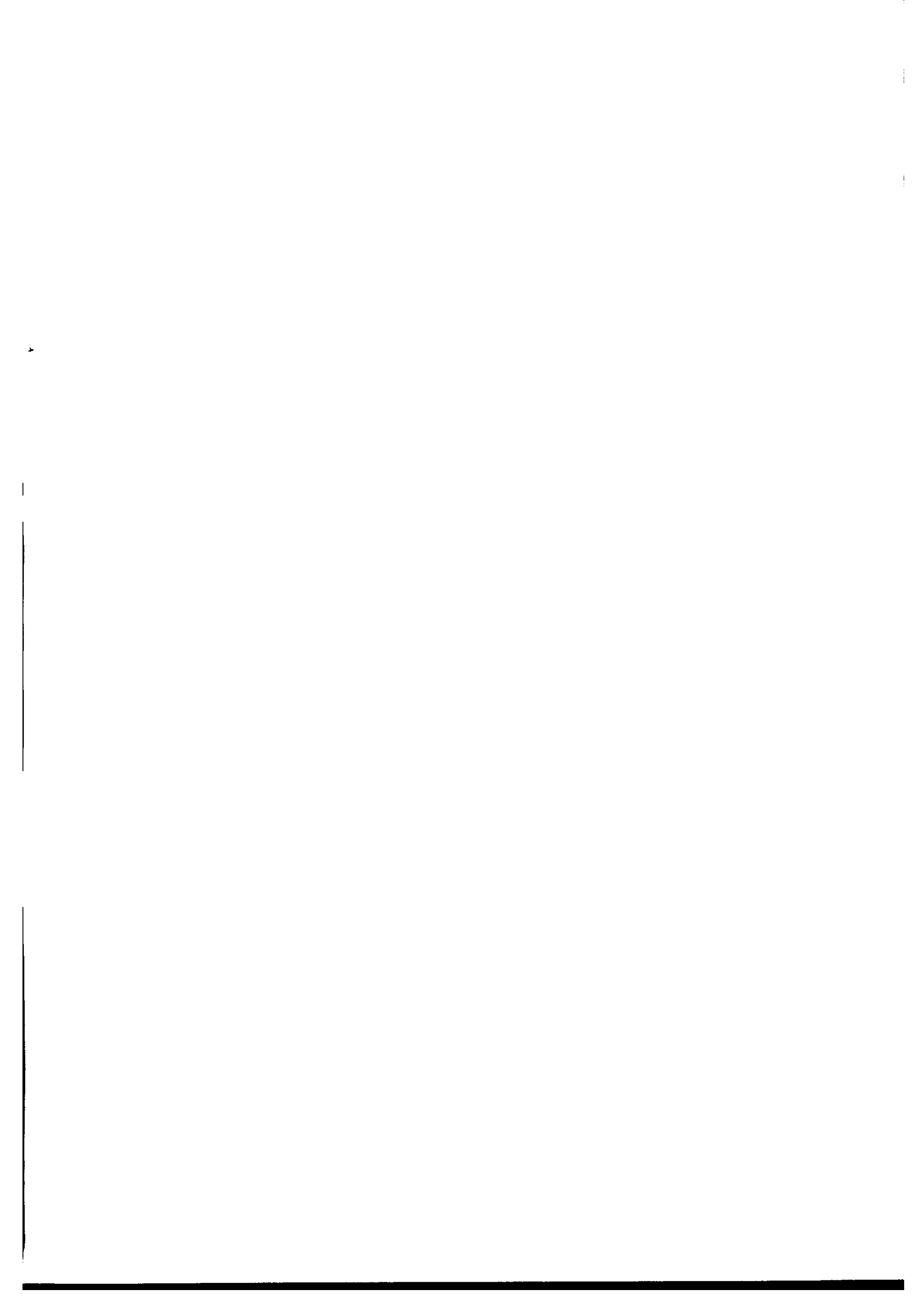
٣٣ـ السيد الريس : العلاج النفسي : المدارس والتقنيات . غير منشور ، مركز التأهيل النفسي بالقصيم ، ١٩٩٩ م .

34-- Adams,R . Socialwork , Themes , Issues and Critical debatws London , Macmillan Press LTD , 1998

الفصل الخامس

العلاج العقلاني الانفعالي

- نشأة العلاج الانفعالي .
- استراتيجيات العلاج الانفعالي .
- تكنيكات العلاج الانفعالي .
- نموذج للتدخل المهني بالعلاج العقلاني الانفعالي مع مرضي القلق .



* نشأة العلاج العقلاني الانفعالي

يعود الفضل في نشأة العلاج العقلاني الانفعالي إلى البرت اليس Albert Ellis الذي لم يتوافق مع الرؤى الفرويدية للنفس البشرية ، ومن ثم لم يقتنع بأساليب العلاج النفسي التحليلي ، وفي عام ١٩٥٤ بدأ اليس طريقه نحو أسلوب منطقي للعلاج النفسي وذلك تأسيسا علي نموذج فلسفي أكثر منه علي نموذج نفسي . وقد بدأ الكتابة عن اسلوبة الجديد في العلاج النفسي في سلسلة من المقالات منذ عام ١٩٦٢م عندما نشر كتابة " السبب والانفعال في العلاج النفسي " Reason and Emotion in psychotherapy ، ويركز " اليس " في علاجه علي التفكير والحكم والتقدير التحليل والفعل بينما لا يهتم كثيرا بالتركيز علي المشاعر .

ويشترك " بيك " Beek مع " الس " في مدخل العلاج العقلاني الانفعالي حيث طلب من عملاءه القيام بتسجيل يومي للأفكار والمعتقدات غير السوية وذلك لحساب المحصلة الكلية التي ترتبط بالأفكار والمعتقدات الآلية التي تسيطر عليهم والانفعالات المرتبطة بها ، ولذلك استخدم هذا النوع من العلاج مع حالات القلق والاكتئاب والعدوان والتعامل مع مشكلات الجنس والزواج .

ويقدم " اليس " مجموعة من الأفكار حول طبيعة البشر والاضطرابات الانفعالية التي يعانون منها و التي تتمثل في :

- الإنسان كائن عاقل متفرد في كونه عقلانيا وغير عقلاني ، وهو حين يفكر ويتصرف بطريقه عقلانية يصبح ذا فاعلية و يشعر بالسعادة و الكفاءة .
- أن الاضطراب الانفعالي والنفسي هو نتيجة للتفكير غير العقلاني وغير المنطقي ، ويصاحب الانفعال و التفكير ، وفي الواقع أن الانفعال إنما هو تفكير متميز ذو طبيعة ذاتية عالية وغير منطقي .
- ينشأ التفكير غير العقلاني (غير المنطقي) من التعلم غير المنطقي المبكر والذي يكون الفرد مهيأ له من الناحية البيولوجية والذي يكتسبه بصفة خاصة من والدية ومن المجتمع .

- البشر هم كائنات ناطقة ، وفي المعتاد يتم التفكير عن طريق استخدام الرموز واللغة وطالما أن التفكير يصاحب الانفعال فإن التفكير غير المنطقي يؤدي إلى الاضطراب الانفعالي .

- أن استمرار حالة الاضطراب الانفعالي نتيجة لحديث الذات لا يتقرر بفعل الظروف والأحداث التي تحيط بالفرد (الأحداث الخارجية فقط) . وإنما يتحدد أيضا من خلال ادراكات الفرد لهذه الأحداث واتجاهاته نحوها ويرجع " اليس " هذا التصور إلى بعض الفلاسفة مثل " ابكتاتس" Epictetus الفيلسوف اليوناني الذي يقرر أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث إنما نتيجة لوجهات نظرهم عن هذه الأشياء، والتي تجعلها تبدو غير سارة .

- ينبغي مهاجمة وتحدي الأفكار والانفعالات السلبية أو القاهرة للذات وذلك بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقيا وعقلانيا وذلك من خلال توضيح أن حديث النفس هو المصدر الأساسي للاضطراب الانفعالي ، وأن هذه الأحاديث الذاتية غير منطقية . ويكون العلاج في مساعدة الفرد علي تعديل تفكيره بحيث يصبح أكثر عقلانية ، وبالتالي تقل الانفعالات الكدرة وسلوك قهر الذات أو تنتهي تماما . واعتمادا علي ذلك فإن نظريه العلاج العقلاني الانفعالي تنظر إلى اضطراب السلوك علي اعتبار انة نتيجة مباشرة لسيطرة أفكار لا عقلانية أو غير منطقية ، وأن علاج هذه الاضطرابات يتم من خلال إعادة بناء المفاهيم وتعديل الأفكار اللاعقلانية للأفراد ، وتفسر هذه النظرية السلوك أو الاضطراب الذي ينشأ لدي الأفراد في ظل معادلة ABC والتي يمكن ترجمتها علي النحو التالي :

A - الموقف أو الحدث (Activating)

B - الأفكار أو المعتقدات ذات الصلة بالحدث (Belief)

C - النتائج المترتبة علي B(Concequence)

وفي هذه المعادلة تعتبر الأفكار والمعتقدات هي المسئول المباشر عن النتائج الانفعالية المترتبة عليها . وتتحدد وفقا لذلك خطوات تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي : ـ

١ ـ مساعدة العملاء علي معرفة حديث الذات غير العقلاني والسلبي والذي يعتبر المصدر الأول لانفعالاتهم غير المرغوبة و السلوك غير المسئول والعمل علي تعديله .

٢ ـ تحليل حديث الذات ويتضمن مجموعه من الخطوات من بينها :

أ ـ تحديد الحقائق والأحداث التي وقعت .

ب ـ كتابة تقرير من قبل العميل يحدد فيه ما هو حسن وما هو سيئ من تلك الحقائق كما يصف في حالته الانفعالية هل هو طبيعي أم غير ذلك .

ج ـ متابعة الانفعالات و السلوكيات المترتبة علي معتقداته وأفكاره .

٣ ـ مناقشة العميل في أفكاره هل هي عقلانية أم لا عقلانية من خلال مجموعة من المحكات الموضوعية التي يضعها المعالج مثل :

أ ـ تحقيق الأهداف المرغوبة .

ب ـ الموضوعية في إصدار الأحكام .

ج ـ تجنب الانفعالات و الاضطرابات و المشكلات مع الآخرين .

د ـ الإحساس بالمشاعر المرغوبة .

٤ ـ القيام بالمراجعة المعرفية Cognitive Review والتي تمثل عمليتي التقدير والتدخل من خلال الحكم الذي أمكن التوصل أليه عما إذا كان التفكير يتسم بالعقلانية أو اللاعقلانية ، ويمكن للمعالج أن يستند علي بعض المؤشرات والمحددات التي يمكن من خلالها معرفة إن التفكير لا يتسم بالعقلانية مثل ذاتية التفكير والبعد عن الموضوعية ، والذي يسبب اضطراب للذات وللآخرين ويعوق الأهداف .

ويعتمد العلاج العقلاني الانفعالي علي عدد من الاستراتيجيات و التكنيكات نوجز بعضها علي النحو التالي :ـ

* **استراتيجية تعلم المفاهيم .**

يأتي تعلم المفاهيم من خلال التفاعل مع الآخرين فهي عملية تبادلية و انتقالية ، حيث لكل إنسان نظريته الفردية و افتراضاته المنطقية عن مدي فهمة للآخرين و لذا فإن محاولة تحقيق تغير في علاقة ما يتطلب اشتراك كافة الأطراف ، و إلا فلن يتحقق هذا التغيير نتيجة لافتقاد العنصر التفاعلي ، و يأتي التغيير باستخدام تعلم المفاهيم عن طريق الاتصال و تبادل المعلومات وينبغي علي المعالجين اختيار كافة وسائل الاتصال و بخاصة اللغة حتى يتبينوا : ـ

- مدركات العملاء عن أنفسهم وعن حياتهم .
- افتراضاتهم الرمزية عن العالم وعن كيفية تجربتهم له .
- الأسلوب الادراكي سواء كان خلاقاً أم جامداً .
- مسئولية العملاء الشخصية وكيفية استبصارهم بما يحدث لهم .
- فهمهم لذواتهم .
- شعورهم تجاه النواحي المتعددة لتاريخهم الذاتي .

وبعد النجاح في تحقيق فهم مبدئي لافتراضات العميل ، وعرض طرق تعلم المفاهيم يمكن بعدها إقامة استراتيجيات لأحداث التغيير وأهم هذه الاستراتيجيات هي : ـ

- إعداد المناخ الملائم لتحسين إمكانية التعلم لدي العميل .
- أزاله العقبات التي تعترض عملية التعلم .
- مساعدة العملاء علي تغيير افتراضاتهم المنطقية ووجهات نظرهم بشأن الواقع .

* **استراتيجية أعاده بناء المفاهيم Conceptual Reorientation**

وتعتمد هذه الإستراتيجية علي تقديم نموذج لطرق جديدة للتفكير و الفهم ، وأن يقدم النصيحة المعلومات و أن يساعد العملاء علي الربط بين تفكيرهم و الأحداث التي جربوها ، وأن يستخرج من العميل أي مفاهيم قمعتها توقعات الآخرين . كذلك فإن اشتراك العميل في التعلم الادراكي يعد أمرا ضروريا فالهدف هو مساعدته علي البحث عن برهان في حياته لمشكلة تفكيره وفهمة لعالمـــــة ويتحقق ذلك من خلال الاستبطان Self Examination وهو دفع العملاء للتمعن في حياتهم اليومية و تحليلها للحصول علي رؤية جديدة ، والتفسير والشرح Examination . ويعني توفير المعلومات غير المتاحة من قبل العملاء و يشتمل ذلك علي تفسير ومواجهة أي محاولات لعرض معلومات جديدة أو مقاومتها ، وعكس و استرجاع الأحاسيس التي أظهرها العميل ، المناقشة لدفع العميل للتفكير في مفاهيم جديدة .

أما التجربة الذاتية - Self demonstration فتشمل وضع العميل في مواقف معينة حيث يمكن رؤية المشاكل مع المفاهيم والتفكير بوضوح اكثر ، وأخيرا الاقتداء فهو مساعدة العميل علي التمثل بالآخرين سواء كان الباحث أو أناس يعرفهم ويوافق عليهم أو شخصيات من الكتب والأفلام أو التليفزيون و يتحقق ذلك من خلال الأساليب التالية :

- استخلاص المعني : حيث يقوم العملاء بتوسيع أفكارهم ومفاهيمهم بحيث يمكن الكشف عن التفكير المتناقض والخاطئ .
- تصور المعني : حيث يقوم العملاء بتوضيح كيف يفكرون ويتم ذلك في إطار طرح سؤال عن ماذا حدث ومتي ؟

- العكس المنطقي Dialictic Reversal: حيث يقيم المعالج وضعاً بحيث يكون من المستحيل علي العملاء التمسك بآراء معينة و هنا يتولى المعالج دفع العميل إلى التفكير في البدائل التي تعد علي نفس الدرجة من إثارة المشاكل .
- تبادل الأطر المرجعية Exchanging Frames Of Reference : وذلك بمساعدة العميل علي التعرف علي طرق بديلة لعمل الأشياء ، ومن الصعوبات التي يجب علينا مواجهتها هي أزمة الخوف من عدم الأمان الذي قد ينشأ عن التغير ، ولذلك علينا أن نحصل علي وعد من العميل باستعداده للتغير ، وعلينا توسيع مدي أهداف العميل كجزء من تحقيقنا للتغير .

*** <u>تكنيكات العلاج العقلاني الانفعالي</u>**

يقرر " اليس " في مقالة الصادر عام ١٩٨٦ أن العلاج العقلاني الانفعالي يعتمد علي مدي واسع من الطرق المعرفية والسلوكية التي تساعد علي حدوث التغير السلوكي المطلوب ، وتنقسم التكنيكات التي يعتمد عليها العلاج المعرفي العقلاني الانفعالي إلى نوعين نوجز ما يستخدم منهما علي النحو التالي :

<u>أولا تكنيكات معرفية من بينها :-</u>

١ ـ تفنيد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية Disputing Irrational Beliefs

ويعتمد هذا التكنيك علي استخراج الأفكار اللاعقلانية عن طرق المناقشة ثم العمل علي تفنيدها ويتم ذلك في ثلاثة خطوات :-

ـ كشف الأفكار اللاعقلانية .

- توضيح عدم منطقية هذه الأفكار .

- مناظرة ومناقشة هذه المعتقدات اللاواقعية وتبيان أنها لا تحقق نفعاً وتجلب ضرراً مع تنمية قدرة العميل علي تمييز الأفكار العقلانية .

ويتم ذلك في إطار تعليم العملاء كيف يستخدمون مناهج أمبريقية منطقية لاختبار وتعديل اتجاهاتهم وقيمهم نحو أنفسهم ونحو الأخريين ويصبح دور المعالج هنا هو دور المعلم As Teacher .

٢ - بناء جمل معرفية للمكافحة الذاتية Coping-Self Statements

في ظل هذا التكنيك الذي يأتي عقب كشف الأفكار اللاعقلانية يقوم المعالج بتعليم العملاء كيف يبنون جملا معرفية عقلانية تقاوم الأفكار اللاعقلانية ويتم ذلك في إطار كتابة التقارير الذاتية التي توضح الفكرة اللاعقلانية ثم يكتب في مقابلها جملاً معرفية جيدة ، ويحاول العميل أن يختزنها في العقل ، وتصبح محور حديث النفس بدلاً من الفكرة اللاعقلانية .

*** طرق التعلم النفسي Psychoeducational methods**

ويعتمد هذا التكنيك علي تشجيع العملاء علي قراءة بعض الكتب واستخدام شرائط الفيديو كتلك التي تتناول الحياة العقلانية للأفراد ، والحاجة للحب ، والتسامح مع الاحباطات ، ويشجع العملاء علي القراءة خارج الجلسات العلاجية علي أن تتحول القراءة بعد ذلك إلى شكل من أشكال ممارسة الأفكار .

*** الواجبات المنزلية المعرفية Cognitive Homeworks**

حيث يقدم للعملاء واجبات معرفية منزلية تقوم علي تطبيق خطوات العلاج المعرفي الانفعالي العقلي في المنزل ، والتي تتناول مشكلات حياتهم اليومية ، ويتحقق ذلك في إطار الخطوات الثلاثة للعلاج .

والتي من خلالها يقوم العميل بكتابة : -

ـ الأحداث المنشطة .

ـ الأفكار اللاعقلانية التي تراود العميل إزاء هذه الأحداث .

ـ ما يترتب عليها من نتائج تتعلق باضطرابات السلوك والمشاعر ولا يقتصر الأمر عند هذا الحد بل يصيغ العميل لنفسه جدولا معرفيا يمكن تصوره علي النحو الآتي : -

الفكرة اللاعقلانية	نتائجها السلوكية و الانفعالية	الجملة المعرفية العقلانية البديلة	نتائجها السلوكية والانفعالية

وعند ممارسة الجمل المعرفية البديلة سوف تحقق نتائج سلوكية و انفعالية جيدة تشكل في حد ذاتها دعما ذاتيا يشجع العميل علي الاستمرار في التخلص من الأفكار اللاعقلانية .

ثانيا تكنيكات سلوكية من بينها : -

١ـ التدعيم والجزاءات Reinforcement and penalties

حيث يعتمد العلاج العقلاني الانفعالي علي المدعمات و الجزاءات لمساعدة الناس علي التغير ، فالتدعيم مثلا يشتمل علي القراءة ومشاهدة البرامج الساخنة في التليفزيون أو علي شرائط الفيديو ، والتنزه في رحلة وأكل الأطعمة المفضلة . وهنا نعلم العملاء كيف يدعمون أنفسهم بأنفسهم ، ولكن فقط بعد النجاح في أداء الواجبات المنزلية المعرفية وبعد التقدم في جلسات العلاج ، ويتحقق ذلك في إطار مناهج التعلم الشرطي التي تهدف إلى تعليم الناس طرق جيدة للإدارة ذواتهم . كما تستخدم الجزاءات أيضا مع العملاء الذين لا ينفذون واجباتهم المنزلية أو لا يتقدمون في العلاج ، ولا يقوم المعالج بنفسه بتطبيق الجزاءات ولكن كما يحدث في التدعيم يعلم العملاء كيف يعاقبون أنفسهم عندما لا يحققون وعودهم أو لا يحققون التقدم المطلوب .

٢- النمذجة و لعب الدور Role Playing&Modeling

ويشتمل هذا التكنيك علـــي تعليم العمـلاء أسـاليب التدريـب التوكيدي ، الممارسـة السـلوكية أساليب أخذ المبادرة كما يشتمل علي تعليم العملاء التقويم المعرفي لمشاعرهم وأفكارهم التي اكتسبوها عن طريق الخبرة .

٣- التدريب علي المهارة Skill Training

من بين المهارات التي يهتم بها العلاج العقلاني الانفعالي هي مهارة إدارة الذات Self Management(كالتأكيد ، الاجتماعية) . والافتراض الذي يسعي لتحقيقه المعالج هو أن اكتساب العملاء لمثل هذه المهارة سوف يشعرهم بالثقة في أنفسهم ، ويستطيعون ممارسة التغيرات التي حدثت في الأفكار و المشاعر و السلوك ، و لا يتحقق ذلك عن طريق زيادة التدريب علي المهارة فحسب ، ولكن أيضا عن طريق مساعدة العملاء علي أن يدركوا قدراتهم الحقيقية التي تتعلق بكفاءاتهم المكتسبة الجديدة ، و يصف " اليس " ذلك بقولة : أن التدريب علي المهارة يمكن العملاء من تغيير ادراكاتهم لقدراتهم بالشكل الذي يساعدهم علي إدراك أنهم أصبحوا مختلفين عن ذي قبل ، ويشجع ذلك من جديد علي اكتساب مهارات أفضل .

- ☐ نموذج لبرنامج علاجي باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي مع مرضي القلق

<u>أهداف البرنامج :</u>

أ – تحديد الأفكار والمعتقدات الخاطئة ذات الصلة بالمرض .

ب – تعديل هذه الأفكار وبناء أفكار جديدة .

ج – مساعدة المريض علي إدارة ذاته بشكل جيد .

د – التحكم المعرفي في الأفكار والمعتقدات الداعمة لاضطراب القلق .

وتتحقق الأهداف السابقة في ظل استخدام الخطوات العلاجية التالية :-

مساعدة العملاء علي معرفة حديث الذات غير العقلاني والسلبي والذي يعتبر المصدر الأول لانفعالاتهم غير المرغوبة .

- تحليل حديث الذات .
- مناقشة العميل في أفكار .
- المراجعة المعرفية والتي تشتمل عمليتي التقدير والتدخل .

ولتحقيق الخطوات العلاجية يمكن أن يعتمد علي استراتيجية تعلم المفاهيم ، استراتيجية بناء المفاهيم ، كما يمكن استخدام تكنيكات تفنيد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية ، بناء جمل معرفية ، المكافحة الذاتية ، الواجبات المنزلية (أو المؤسسية) ، المعرفية ، هذا بالإضافة إلى تكنيكي التدعيم والجزاءات ، تكنيك التدريب علي المهارة كتكنيات سلوكية .

ويعتمد البرنامج علي المراحل التالية :-

أ - مرحلة تحديد خطوط الأساس ، وهي تشتمل علي تطبيق أدوات القياس واستخلاص التشخيص الدقيق لكل حالة بالإضافة إلى مراجعه الملف الطبي للحالة للوقوف علي بعض الجوانب الاجتماعية ، النفسية ، الصحية .

ب - مرحلة تنفيذ البرنامج ، و تستغرق أربعة عشرة أسبوعاً يتم من خلالها تطبيق جلسات العلاج العقلاني الانفعالي بشكل فردي مع كل حالة ، و بواقع مقابلة أسبوعيا لكل حالة من حالات البحث مع مراقبة التغيرات التي تحدث عن طريق الملاحظة المهنية للباحث وتسجيلها في الوقت المناسب .

ج - مرحلة وقف برنامج التدخل وقياس العائد ، وتستغرق هذه المرحلة أسبوعاً واحداً يتم تطبيق أدوات القياس فيها بشكل جماعي ومقارنتها بالقياسات وخطوط الأساس السابقة .

مراجع الفصل الخامس

1. Beck , Aaron et al : Cognitive Therapy for evaluation anxieties. USA ,N.J, Jason Aronson Inc'1996 .
2. Clark, David.M : Cognitive Therapy in the treatment of anxiety disorders. JN : Clinical-Neuropharmacology, Vol. 18 (Suppi 2) 1995.
3. Payne, Annette & Blanchard, Edward B : A controlled Trentment of Irritable Bowel Syndrome. Journal of Consulting and Clinical Psychology , Vol. 63 (5), 1995.
4. Chambless, Diannel & Gills, Martha M :Cognitive Therapy of anxiety disorders. Advances in Cognitive behavioral Therapy, Vol. 2,1996.
5. Reilly, Christine E: Cognitive Therapy for Suicidal Patient. A Case Study. Perspectives in Psychiatric Care, Oct-Dec, Vol. 34(4), 1998.

٦. حنان عبد الحميد يحيي : فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تنمية النسق القيمي لطالبات المرحلة الثانوية. رسالة دكتوراه ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩٧م.

٧. محمد محروس الشناوي : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي . القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر ١٩٩٤م .

8. Ellis, A : Reason and Emotion in Psychotherapy. N.J, The Citadel Press, 1977.

٩. عماد محمد مخيمر : دراسة للتفكير اللاعقلاني من حيث علاقته بالقلق والتوجه الشخصي لدي عينة من الشباب الجامعي . رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق ، ١٩٩٠م

10. Wahlberg, Tim : Cognitive behavior modification for children and young adolescents with special problems. USA, Jai Press, Inc, 1998 .

11. Lutgendorf, Susan, K etal: Changes in Cognitive coping Skills and Social Support during Cognitive behavioral Stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency Virus-Seropositive Gaymen. Psychosomatic-Medicine, Vol. 60(2), Mar-Apr, 1998.

12. 55- Beck, Aaron T : cognitive Therapy and The emotional disorders. N.Y, international universities Press,1976 .

13. Ellis, A : The rational emotive approauch to counseling. In H.M. Burks & B.Stefflrc (Eds) theories of counseling. N.Y, McGraw-Hill, 3rd ed, 197.

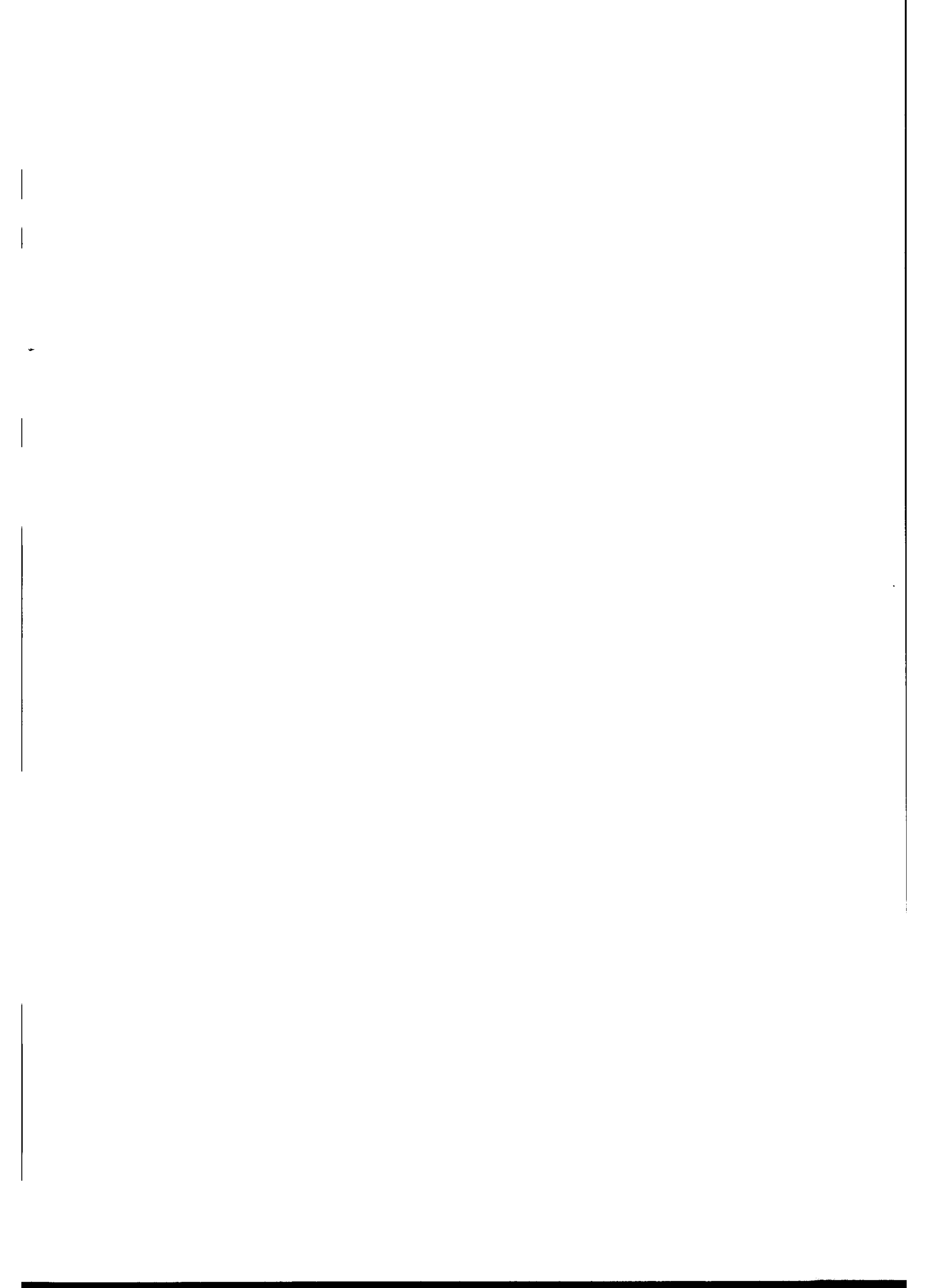
١٤. مالكوم باين (ترجمة) حمدي منصور ، سعيد عويضة : نظرية الخدمة الاجتماعية المعاصرة . الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث للطباعة والنشر ، ١٩٩٨م.

15. Ellis,A:Rational-Emotive therapy. In A. Ellis & J.M, Rational-emotive therapy Pacific Grove, CA: Brook, Cole, 1979.

16. Ellis, A: Rational-Emotive therapy. In I.L, Kutash & A.Wolf (Eds): Psychotherapist's Casebook. San Francisco, Jossey-Bass, 1986

17. Gerald, Coey : Theory and practice of group Counseling. California,The prooks locale publishing Co, 1987.

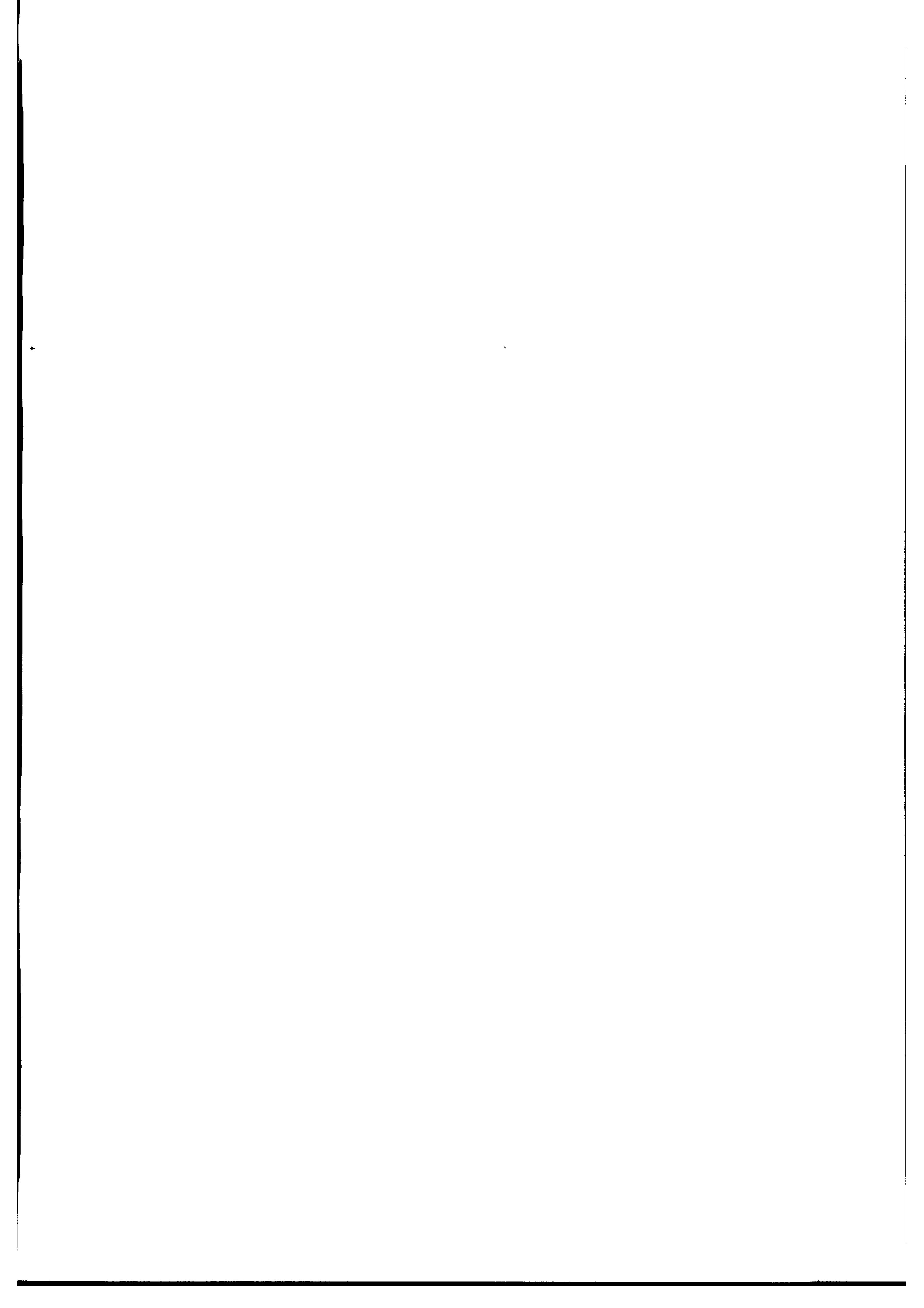
18. Gilesan, Robert L : Counseling and Guidance. N.Y , Macmilan Publishing Co, 1986.



الفصـــل الســـادس

الممارسة الإكلينيكية في العمل مع الجماعات

- أهميـــة العمـــل مـــع الجماعة الصغيـــرة .
- العمـــل الجماعـــي ، العـمـــل داخـــل الجماعات .
- الحاجـــة المستـمـــرة للعمـــل مـــع الجماعـــات .
- رؤيـــة معـــاصـــرة للعمـــل مـــع الجمـــاعـــات .



* أهمية العمل مع الجماعة الصغيرة

أن المتتبع لتطور أساليب ممارسة الخدمة الاجتماعية يجد أن العمل مع الجماعات الصغيرة أصبح يشكل محوراً هاماً من محاور ممارسة الخدمة الاجتماعية ، وخصوصا بعد تطور نظرية الجماعة الصغيرة Small Group Theory وظهور أفكار جديدة ترتبط بديناميكية الجماعة و التفاعل الجماعي الموجه Oriented group Interaction ويعتبر العقد السابع من القرن الماضي هو العصر الذهبي للعمل مع الجماعات ، ويتضح ذلك إذا نظرنا إلى برامج تعليم الخدمة الاجتماعية في أمريكا وإنجلترا ، حيث لا يخلو برنامج دراسي من شغف الطلاب بالنظريات و الدراسات المرتبطة بالجماعة الصغيرة وأنواع برامج الممارسة المهنية معها . وكما يقول " دافي وارد " Dave ward١٩٩٨ لقد أحتل العمل الجماعي مكاناً آمناً في منهج مقررات تدريب الخدمة الاجتماعية لتشكل بذلك المنظور الرباعي للممارسة ، والذي يتمثل في العمل مع الفرد Casework والعمل مع الأسرة Family work والعمل مع الجماعة والعمل مع المجتمع المحلي Community work ، وفي أواخر السبعينيات وأوائل الثمانينيات من القرن العشرين تزايدت الكتابات * التي تركز علي الأسس العامة للعمل مع الجماعة الصغيرة ، وفي عام١٩٨٨م ظهرت أول جريدة بريطانية مهنية متخصصة في العمل مع الجماعات وكان أهم ما يميزها أنها تعكس تلك التغيرات التي تحدث في المجتمع البريطاني الأكبر كما أن مطبوعاتها أصبحت تصدر بمعدل ثلاث مرات سنويا ، فضلا عن ظهور مائة ورقة بحثية و مقاليه ركزت إحدى عشرة منها علي ممارسة العمل مع الجماعات في الخدمة الاجتماعية القانونية .

---

*راجع كتابات Davis,1975,Douglas1978,1983,Brown,1979,1986
Houston,1984,Heap1985,Whitaker,1985,Preston-Shoot,1987

وفـــي أوائل التسعينيات حـدثت تغيـرات جوهريـــة فـــي أسلوب وممارســة الخدمــة الاجتماعية نتيجة لضغـوط عديـدة بعضها يتعلق بالتغيـر الاجتماعي ، والبعض الآخـــر يتعلق بإفرازات هذا التغير من مشكلات لم تكن مـن قبل ، و بدأت الأنظار تــتحول إلى التخصصية في الممارسة مما أدي إلـــى ظهور مداخل جديدة تـتـناول تعلـيم وتـدريب الخدمـــة الاجـتماعيـة وممارستها أيضا كالخدمة الاجتماعيـــة الراديكالية ، و الخدمـــة الاجتماعيـة النسائية ، و الخدمة الاجتماعية المناهضة للعنصرية ، ووفقا لهذه التغيرات حدث تحـول كبـيـر فـــي أطر نظرية وممارســة العمل مـــع الجماعة الصغيرة لتأخذ وضعا جديدا و مختلفا عـن ذي قبل فـي نوع الممارســة ، وطبيـعة البـرامج اللازمـــة لها حـيث ظهـــرت تكنيكات المنــاقشـــة الجماعية لعب الدور ، الـدراما النفسية ، والمهام الجماعية ، كما ظهرت نظريات جـديدة تـتـناول مجالات التـرويح و العلاج ، و التعليـم ، و التـنشئـة الاجتماعيـــة و مراحل النمو الإنساني .

كما تتــوعت أيضا مجالات ممارســـة خدمـة الجماعة في تلك الحقبة حيث اتسعت لتشمل مجالات مثل : الإساءة للطفل Child abuse حيـــث استطاع الأخصائيـون الاجتماعيـــون التدريب علي المهارات الخاصة للتعامل مع الحالات المعقدة للأطفال .

وفي مجالات خدمات المراقبة Probation Service حدثت تغيرات هامة دفعت بتعزيز ممارسة العمل الجماعي في ذلك المجال الحيوي ، وقد أصبحت الممارسة القائمة علـــي العمل الجماعي ذات طابع جديد يتمثل في التركيز علي تنمية خبرات أعضاء خدمات المراقبــة لتحقيق الهدف . وفي هذا الصدد يشير تقرير قانون العقاب العادل للجريمة ١٩٩٢ و الصادر في إنجلترا إلى أن أحد أشكال الممارسة الخاصة التي تنمو بشكل متزايد في مجال الجريمة هـــي تلك التـــي تمارس في ضوء الاعتماد علي عملية ديناميكية الجماعة والتي تركز أساسا علي مهام محدودة .

وانعكست التغيرات التي حدثت في أواخر القرن العشرين ليس علي طريقة العمل الجماعي فحسب ، وإنما انعكست علي أحداث تغيرات جوهرية في تعليم الخدمة الاجتماعية ، والاستجابة الفعالة لنقص التدريب في بعض المجالات من خلال إعادة تنظيم التدريب في قالب اكثر خصوصية واكثر قدرة علي المنافسة .

* العمل الجماعي والعمل داخل الجماعات

تعطي الخدمة الاجتماعية المعاصرة اهتماما متزايدا للجماعات Groups ، ورغم اهتمام الخدمة الاجتماعية المعاصرة بذلك لم يعد الاهتمام بالممارسة ينصب كما كان في الماضي علي ممارسة طريقة العمل مع الجماعة ، وإنما اصبح ينصب علي توجيه للممارسة يركز علي الجماعات مهما كانت النظرية ، أو الأساليب المستخدمة ، في ضوء عمل سلوكي معرفي يمارس مع الأحداث في مؤسسات الرعاية اليومية ، وفي إطار ما يسمي بالمساعدة الذاتية ، وكذلك في مجال بحوث تقييم الخدمات ، كما أصبحت تمارس أيضا في ظل ما يسمي بفريق العمل Teamwork. أصبحت الممارسة خاضعة لما يسمي بالنظام الحر غير المعقد فعلي سبيل المثال عندما يمارس العمل الجماعي مع الأحداث فانه يعتمد ويسترشد بمعارف ومهارات العمل الجماعي وفي بعض مؤسسات الرعاية اليومية قد تتم الممارسة بشكل آخر .

أما فيما يتعلق بالعمل في الجماعات فانه يعتمد علي استخدام الجماعة كوسيلة أو وسيط Medium للمساعدة والتغيير وكذلك لمساعدة أعضاء الجماعة علي أن يعملوا معا لاكتشاف وتنمية مواردهم Resources ويتم التركيز علي الجماعة كسياق As Context .

ويري دوجلاس Douglas ١٩٩٣ أن العمل داخل الجماعة يمكن قائد الجماعة من استخدام موارد المعرفة وقوة الجماعة كي يحدث تأثيرا في كل أعضاء الجماعة من خلال قدرته علي بناء علاقة قوية بكل فرد في إطار سياق الجماعة ككل .

ولعل ما يميز العمل الجماعي عن كافة صياغات الممارسة الأخرى التي تركز علي الفرد هي أن العمل الجماعي يركز علي عموميات المشكلات والمواقف ، ولكن يتم التركيز بشكل افضل علي المشاعر التي تتكون في ظلها الجماعة ، ويتحدد دور الأخصائي في مساعدة كل عضو من أعضاء الجماعة علي أن يعبر عن وجهة نظره فيما يتعلق بالقضايا المطروحة ويقوم بشرح وجهة نظره وتوضيحها لباقي الأعضاء .

وتلخص كالشيد Caulshed ١٩٩١ أهمية الجماعة في : ـ

- أنها مصدر قوة للأعضاء .
- تقدم الدعم المتبادل .
- تبادل المعلومات .
- تنمي الأمل والدافع .
- تقدم فرص للتعلم واختبار المهارات الشخصية والاجتماعية .
- الإحساس بالانتماء .
- تقدم نماذج للأدوار الصحيحة .
- تقدم تغذية الرجع المرتبطة بالسلوك ومهارات الكفاح الذاتي .
- تقدم الفرصة لمساعدة جيدة .

ولعل العمل داخل الجماعة In Group يقوم علي فكرة مساعدة الناس علي أن يعملوا معا لمواجهة حاجاتهم المشتركة ومشكلاتهم وكي يتمكنوا من مواجهتها . ويختلف العمل مع الجماعة عن العمل في الجماعة في أن الأول يقوم علي تقديم برامج جماعية جاهزة ومعدة من قبل بشكل يجعل أعضاء الجماعة أقل ايجابية .

أما في العمل داخل الجماعة فان البرامج تنبع من أعضاء الجماعة بمساعدة الأخصائي فضلا عن أنها تساهم في زيادة الشعور بالمسئولية الاجتماعية لدي كل عضو من أعضاء الجماعة وتهتم بمستوي تنظيم الجماعة وقدرتها علي تحديد أهدافها .

*** الحاجة المستمرة للعمل مع الجماعات .**

لقد اخذ العمل داخل الجماعات ينمو بشكل مستمر ، وقد اصبح يشكل النشاط الأساسي في مؤسسات خدمات المراقبة Probation ، ولكن تم التركيز بشكل اكبر علي برامج التعديل السلوكي للباحثين أكثر من الاهتمام بالمدخل الإنماني الذي يهتم بتمكين الأعضاء من اكتساب الخبرة ، وأن كانت المداخل المعرفية السلوكية التي استخدمت ساعدت الأحداث علي تكوين شعور قوي بالذات . هذا بالإضافة إلى أن الممارسة المعرفية السلوكية ركزت علي الاهتمام بديناميكية الجماعة ، عملية الجماعة وكذلك مهارات العمل داخل الجماعة .

ولكن المعضلة الرئيسية التي تواجه الممارسين ليست في نقص المعرفة ولكن في عدم القدرة علي تطبيق المعرفة ، فهم عملية الجماعة ، واستخدام مهارات العمل الجماعي ، وهذا لا يقلل من فاعلية العمل داخل الجماعات الذي يمتلك تكنيكات تطبيقية يمكن استخدامها في تحليل المشكلة ، ووضع الأهداف وصياغة الأولويات والتقييم في إطار تقديم مهام عمل جيدة . ولكن ينبغي التركيز علي التدريب واكتساب المهارات اللازمة للعمل داخل الجماعات . كما أن استمرار العمل الجماعي يرتبط بضرورة أجراء البحوث والدراسات التي تهدف إلى تقييم الممارسة من أجل العمل علي جعلها في وضع أفضل بصفة مستمرة .

* رؤية معاصرة للعمل مع الجماعات

يطرح برون Brown ١٩٩٦ ثلاثة اعتبارات يري أنها تشكل مستقبل العمل مع الجماعة وهي القيم والممارسة ، وبناء نموذج للعمل يزيد من فاعلية العمل مع الجماعة . كما يؤكد ثومبسون Thompson ١٩٩٣ ، أدامز Adams ١٩٩٦ بأن العمل مع الجماعة تتزايد أهميته في ضوء استخدام الجماعة كوسيلة وكوسيط للتغير فضلا عن أن الجماعة تحقق ما يلي : -

- مصدر لتحقيق الدعم الفوري وتنمية الشعور بالصداقة وتوفر الأساس المعرفي لأعضائها .
- تساعد علي اكتساب الخبرات و القيم .
- يمكن عن طريقها تحطيم العزلة و الشعور بالوحدة النفسية .
- تقدم رؤى مختلفة وحلول متعددة للمشكلات الشخصية .
- تتيح الفرصة لأعضائها لاكتساب الخبرات الشخصية و التمتع بالطاقة اللازمة لأحداث تغير في المواقف الشخصية و الاجتماعية .

ولعل هذه الخصائص السابقة للجماعة وهذه المزايا التي تحققها لأعضائها تجعلنا نأخذ في الاعتبار ضرورة تطوير العمل مع الجماعة في ضوء استغلال الفرص المناسبة التي توفرها الجماعات لمعالجة اضطراباتنا ومصاعبنا الخاصة ومناقشة قضايانا العامة . وفيما يتعلق بالاضطرابات الخاصة فان مجرد طرحها في الإطار الجماعي سوف يتيح فرصة جيدة لإخضاعها لقاعدة التحليل البنائى لمسببات تلك الاضطرابات . كما سوف يتيح الفرصة أيضا لان تتخذ الجماعة عملا تضامنيا من اجل تغيير المواقف التي تؤدي إلى هذه الاضطرابات .

ويشترك باتلر Butler ، وانيترام Wintram1991 ، لي lee ١٩٩٤ في صياغة مستقبل العمل مع الجماعات في ظل رؤية عصرية لها تقوم علي بناء نماذج الممارسة تشكل ما يسمي بخدمة الجماعة المناهضة للظلم الاجتماعي Anti- Oppressive Group Work والتي تعتمد علي قيم وطرق ومهارات الممارسة التي تدعم حقوق الإنسان .

ويعتمد هذا النوع من الممارسة علي تعليم الأعضاء ، وإكسابهم المهارة والمعرفة التي تمكنهم من الدفاع عن حقوقهم ، وقد تشتمل برامج العمل علي ترتيب جلسات متعددة لمناقشة القضايا التي تلحق الظلم بأعضاء الجماعة ، أو طباعة الكتب التي تشرح وتفسر القضايا الاجتماعية للجماعة ، والحلول المقترحة لها ، أو تقديم عدد من المتحدثين الذين يمثلون الجماعة أمام الجهات المعنية برفع الظلم عن أعضاءها كمنظمات الرعاية ، والإسكان ، التعليم وحقوق الشباب وغيرها .

كما يمكن أن ترتب الجماعة اجتماعات منظمة يحضرها أعضاء يمثلون الجهات الرسمية بدعوة من الجماعة ويتم مناقشة قضايا الجماعة خلال تلك الجماعات من خلال طرح الأسئلة أو تقديم اقتراحات مختصرة أو مناقشة حلول محددة في وجود هؤلاء الأعضاء الذين يمثلون الجهات الرسمية .

ويمكن أستخدام الجماعة ايضا علي نطاق واسع في الممارسة الاكلينيكية للخدمة الاجتماعية تحت مسمي العلاج الجماعي الاجتماعي ، وذلك في ضوء :-

١. استخدام الجماعة نفسها كوسيط للعلاج .

٢. أنها تتيح الفرصة للتعبير الحر وتبادل الأفكار والمشاعر .

٣. توفر خبرة ذاتية لاعضائها لا تتوافر في انواع العلاجات الاخري .

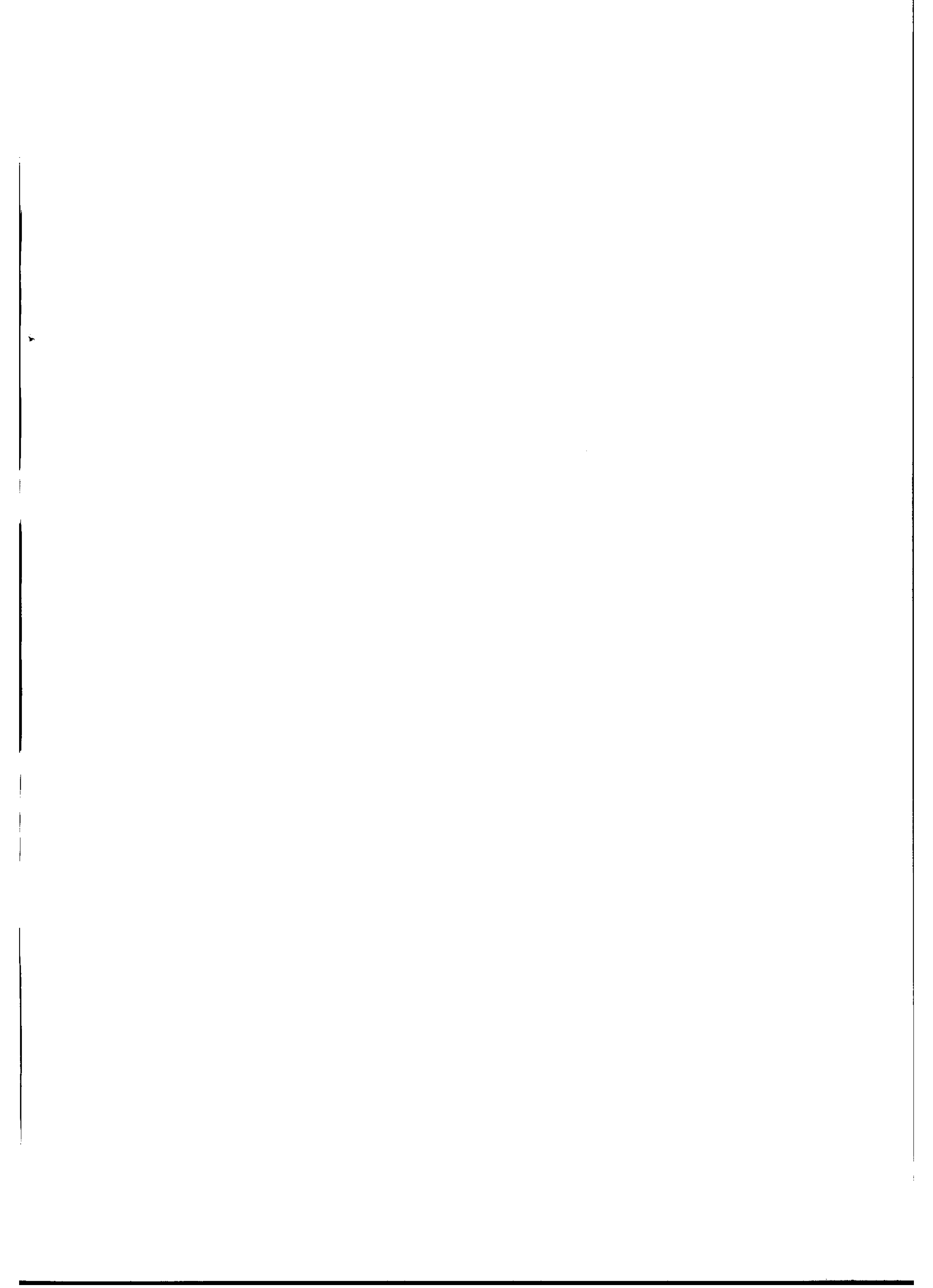
٤. تختصر الوقت والجهد ، وتمكننا من استثمارهما بشكل أفضل .

٥. يمكن أستخدامها في ظل موجهات العلاجات المختلفة كالعلاج السلوكي الجماعي،والعلاج المعرفي الجماعي ٠٠٠٠٠٠ وهكذا .

٦. تتيح الفرصة للنمو والنضج النفسي الاجتماعي أكثر من العلاجات الفردية .

مراجع الفصل السادس

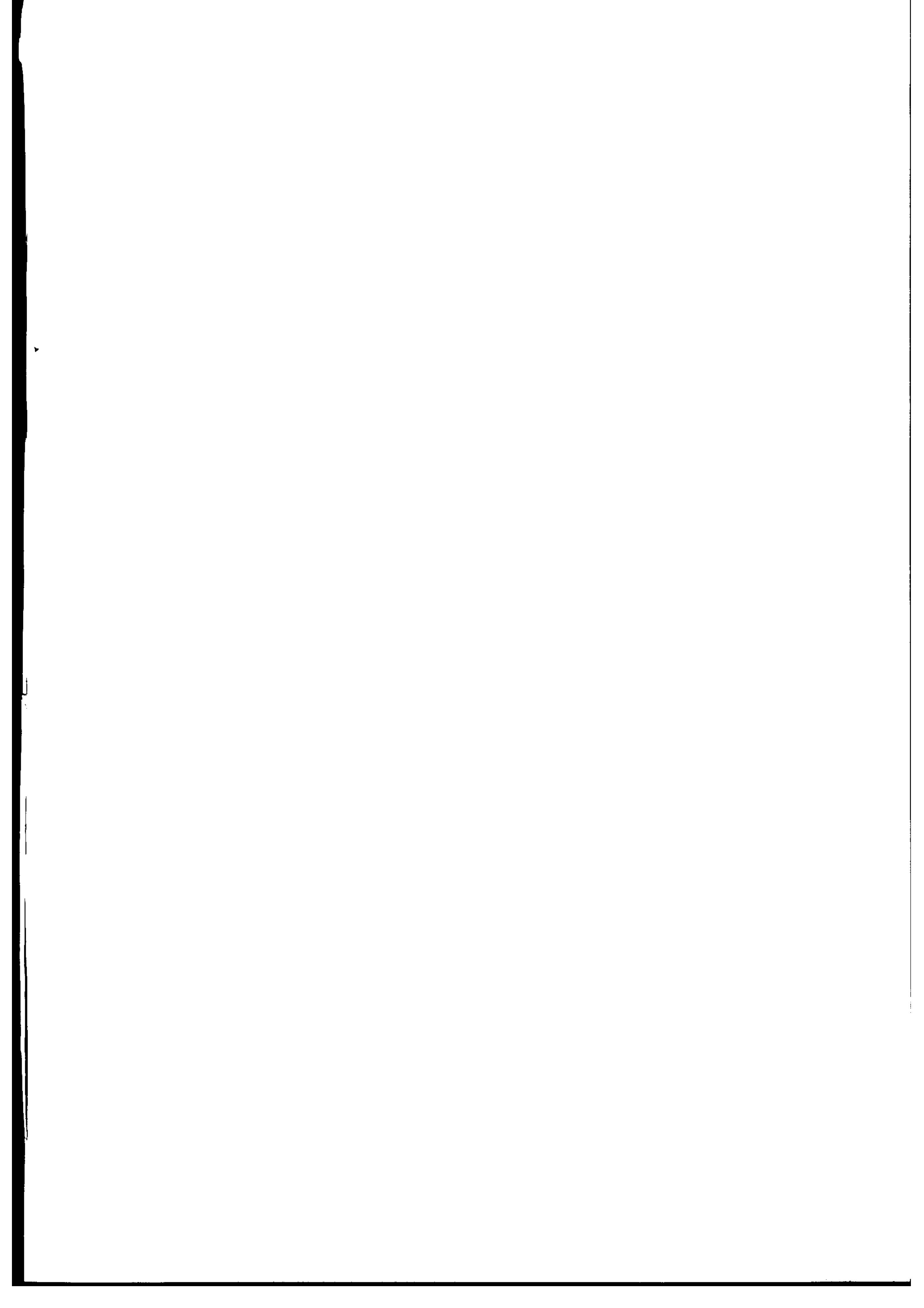
1. Douglas , T. : Basic Groupwork . London , Tavlstock , 1978 .
2. ———— : Groups : Understanding People Gathered Together . London , Tavlstock , 1983 .
3. Brown, A . Groupwork . London, Heinemann , 1979 .
4. ———— . Groupwork , Aldershot, Ashgate,2 nd ed, 1986 .
5. Houston, G. The Red Book of Groups . London, Rochester Foundation, 1984 .
6. Heap, K . : The Practice of Social Work With Groups . London Allen & Unwin, 1985 .
7. Preston- Shoot, M . : Effective Groupwork . London, Macmillan 1987 .
8. Whitaker, D.S. : Using Groups to Help People . London, Tavistock Routledge, 1985 .
9. Ward, D. : Groupwork . In Robert, Adams (et al) Social Work Themes, Issues and Critical debates. London, Macmillan Press LTD 1998 .



الفصل السابع

التدخل الأسرى السلوكي

- نشأة التدخل الأسرى السلوكي
- المبادئ الأساسية للتدخل الأسرى السلوكي
- مهام المعالج ومستويات العلاج
- برنامج للتدخل الأسرى السلوكي لعلاج بعض أنماط الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال



أولا : نشأة التدخل الأسرى السلوكي

إن النظرة المتأنية والمراجعة الدقيقة للمؤلفات الخاصة بالمدرسة السلوكية تشير إلى إن الاهتمام البحثي بالتدخلات الأسرية السلوكية بدأ مع أوائل العقد السابع من القرن العشرين ، غير أن المصطلحات الخاصة بالأسرة والوالدين لم تكن واردة بقوائم التصنيف السلوكي ، وبصفة خاصة في بعض المؤلفات الأساسية مثل مؤلفات " كازدن " A .Kazdine ، ١٩٧٨ " تاريخ التعديل السلوكي" وكذلك مؤلف " كالش " H. Kalish ، ١٩٨١ " من علم السلوك إلى التعديل السلوكي " غير أن نفس مؤلفاتهم في مراحل لاحقة وبصفة خاصة تلك التي ظهرت في أواخر الثمانينات احتوت على مصطلح التدخل الأسرى السلوكي ، وأهمية الاعتماد على الوالدين كوسطاء طبيعيين في إحداث التغير السلوكي المطلوب بالنسبة للطفل .

ومن ثم ظهرت ملامح الاهتمام بمصطلحي الأسرة والوالدين في ثنايا العلاج السلوكي على أيدي كثير من الباحثين الذين اهتموا بتكنولوجيا التدريب الوالدى Parent Training والمعرفة بشكله الحالي في كثير من المدارس ومؤسسات الرعاية الداخلية والخارجية ،وكذلك مؤسسات رعاية الطفولة .

ويرى " باترسون " Patterson ، ١٩٧٩ إن التدخل الأسرى السلوكي المعاصر ترجع جذوره إلى التحليل السلوكي التطبيقي ، وهو ذلك المدخل التقليدي الذي يركز على أهمية إشراك الأباء ، المدرسين ، والأشخاص المهمين كوسطاء لإحداث تغيرات سلوكية في ظل أهداف التغير العلاجي المطلوب .

ومنذ أن اهتمت المؤلفات السلوكية بالأسرة وسياقها البيني ، وفعاليتها في تحقيق الأهداف السلوكية المطلوبة نجد المحاولات البحثية مستمرة من اجل تنقيح وتطوير وتعديل ما اصطلح على تسميته بالتدخل الأسرى السلوكي .

والذي بات يعرف على انه مصطلح عام يستخدم لوصف العملية العلاجية التي تهدف إلى إحداث تغير مؤثر في سلوك الطفل ، وكذلك لتحقيق التوافق مع جوانب التغير الحادث في بيئة الأسرة والتي كانت تدعم وتحافظ على جوانب السلوك المشكل لدى الطفل قبل إحداث التغير المطلوب .

ثانيا : المبادئ الأساسية للتدخل الأسرى السلوكي

إن المدرسة السلوكية والتي تعتبر التدخل مع الأسرة جزء من نشاطاتها أنشأت عدة معايير للتدخل مع الأطفال منها ما يلي :-

١ - ملاحظة السلوك

حيث تلعب الملاحظة دورا محوريا في المدخل السلوكي ، وذلك لان نتائجها تفيد فى تقدير مشكلات الاطفال ، وكذلك فى عمليات التحليل الوظيفى الذى يرتبط بقياس مدى التقدم السلوكى اثناء فترة ، وكذلك لحساب وتقدير العائد من التدخل .

ولذلك فان تدريب الوالدين علي أجراء الملاحظة يفيد في تحديد التدعيم المحتمل ، البرامج الرمزية Token Program، وكذلك أساليب تكلفة الاستجابة Timeout التي تصلح كمدخلات في برنامج تعديل سلوك الطفل ، ولذلك فان برامج تدريب الوالدين تعتمد علي تدريبهما علي كيفية كتابة تقارير الملاحظة السلوكية ، وربطها بالمحددات البيئية .

٢ - التركيز علي البيئة الاجتماعية

إن المداخل السلوكية تركز علي ضرورة فهم حاجات الطفل في ظل السياقات البيئية المحيطة به . ويعتبر الوالدين والأقارب أحد المفردات البيئية التي لها إسهامات بارزة في مجال البيئة الاجتماعية للطفل داخل المنزل .

فإن تدريب الوالدين في ظل التدخل الأسرى السلوكي يركز علي الديناميات الاجتماعية Social Diynamics للتفاعل الأسرى ، وكذلك تعديل الاحتمالات البيئية داخل الأسرة والتي تحافظ علي استمرارية مشكلات الطفل أو تمنع نموه الإيجابي .

٣ ـ استخدام وسطاء طبيعيين لإحداث التغيير

ويتطلب ذلك ألا يتعامل المعالج مباشرة مع الطفل بل يتم التدخل عن طريق ممثلين طبيعيين يشكلون وساطة علاجية بين المعالج والطفل نفسه ، ومن ثم فان تدريب الوالدين يعتبر بمثابة تجنيد لأشخاص يقومون بنقل المدد العلاجي للأطفال ، ويعتبر استخدام وسطاء طبيعيين للتغير اكثر منفعة وفاعلية من الاعتماد علي المهنيين أنفسهم حيث يمكن إعطاء الوالدين شهادات تفيد بقدراتهم علي العمل علي تحسين سلوك الأطفال في ظل استخدام المتغيرات البيئية المحيطة .

٤ ـ إعادة تحديد مركز المشكلة

إن مدخل العلاج الأسرى السلوكي يشترك مع المداخل العلاجية الأخرى حيث يعيد تحديد تعريف المشكلة من السياق الضيق للطفل إلى تعريفها في ضوء السياق الأكثر والذي يشتمل علي البيئة ، ولذلك فان مصطلح معالج الطفل Child Clinician أصبح مصطلحا غير مناسب للاستخدام فيما يسمي بالتدخل الأسرى السلوكي ، واصبح المصطلح الملائم هو معالج الأسرة والطفل Child and Family Clinician .

حيث يعمل المعالج مع الطفل من خلال الأسرة والوالدين . وعلي الرغم من أن سلوك الطفل يظل موضع اهتمام قائمة نتائج التدخل فان العلاج الأسرى السلوكي يوسع من قاعدة أهدافه ليشمل : الاتصال والتفاعل الأسرى ، الدعم الاجتماعي وكذلك الجوانب الأخرى لحياة الأسرة والتي تقف خلف سلوك الطفل .

ولذلك فان تحديد مركز المشكلة يتطلب تحديد : ـ

أ ـ الصعوبات السلوكية التي تواجه الطفل .

ب ـ درجة خطورة هذه الصعوبات بالنسبة للأسرة .

ج ـ الصعوبات والتحديات التي تواجه التدخل الأسرى وخصوصا مع الأسرة متعددة المشاكل

وهناك عدة اعتبارات ينبغي أن يضعها معالج الأسرة والطفل في الحسبان عند تنفيذ برامج التدخل الأسرى السلوكي تتمثل فيما يلي : ـ

- **تعميم سلوك الوالدين والطفل**

إن الدراسات والأبحاث المرتبطة بالعلاج السلوكي أوضحت أن فاعلية العلاج تستلزم مساعدة العملاء علي تعميم مهاراتهم خارج نطاق التدريب ، ومع مواقف مماثلة لتلك التي يتدربون علي مهارات من اجل مواجهتها .

ولعل التعميم في التدخل الأسرى السلوكي يشتمل علي تعليم الوالدين كيفية التعامل مع مواقف خارج المنزل والتي تشكل صعوبات بالنسبة للطفل في العديد من المواقف المختلفة . ومن أمثلة تلك المواقف خارج المنزل : المدرسة ، دار الحضانة ، النادي وغيرها . ويتضمن ذلك أيضا أن يتعلم الوالدين والطفل أساليب التمييز بين المواقف التي قد لا يكون التعميم فيها مرغوب.

- **الكفاءة الاجتماعية**

إن الأطفال الذين ينظر إليهم من قبل مدرسيهم علي انهم ذو مستويات منخفضة في الكفاءة الاجتماعية عادة ما يظهرون مستويات عالية من الاضطرابات السلوكية .

وقد وجد " ريد " Reid ١٩٨٧، إن الأطفال المضطربين سلوكيا تظهرهم المقاييس كعينات تحتاج إلى الممارسة الكلينيكية ، وغالبا ما يكون التفاعل بين الوالدين والطفل تفاعلا ضعيفا .

ولهذا يؤكد " جاردينر Gardiner ١٩٨٧، إن استخدام الملاحظات المنزلية أثبتت أن مشكلات الاضطرابات السلوكية تظهر لدي هؤلاء الأطفال الذين يحظون بوقت أقل من أسرهم وذلك مقارنة بالأطفال الذين يتوفر لهم أنشطة التعاون وكذلك أنشطة السلوك الاندماجي وأنشطة المحادثة المنزلية وبصفة خاصة مع أمهاتهم .

ولهذا فان تكنيكات التدريب مع مثل هذه الأسرة تستخدم لتعليم الوالدين كيف يصبحون نماذج جيدة للتفاعل ولتعليمهم أيضا كيفية تدعيم سلوكيات الكفاءة الاجتماعية لدي الأطفال . ويتم ذلك من خلال تدريب الوالدين علي ترتيب سلسلة من الأنشطة يستطيع أن يمارسها الطفل في الوقت الذي لا يجد فيه شيئا يفعله أو يشعر بمساحة فسيحة من الوقت وهو لا يدري ماذا يفعل فيه.

لذلك فان " ساندرز Sanders ١٩٨٢، قامت بتدريب الأمهات اللاتي يعانين من مشكلات العناد لدي أطفالهم علي ترتيب سلسلة من الأنشطة التفاعلية والترابطية يتم تنفيذها في مواقف مجتمعية لمنع تلك المشكلات السلوكية ، وكذلك تعليم الأمهات مهارات بناء العلاقة القوية بينهم وبين أطفالهم ، وكذلك إعطاء الأمهات مزيد من الأفكار حول الأنشطة الأسرية التي ترتبط بإكساب الطفل مزيد من خبرات ومهارات السلوك الاجتماعي الجيد ، ومن أمثلتها تعليم الطفل الاستقلالية ، المشاركة في صناعة القرارات وتعليمهم المهارات الاجتماعية مثل إرسال واستقبال المكالمات التليفونية بشكل مناسب اجتماعيا .

- **الاهتمام بعملية المتغيرات**

إن أهمية العلاقة بين المعالج والعميل في العلاج السلوكي بدأت تأخذ مزيدا من الاهتمام والتركيز في السنوات القليلة الماضية . ولهذا فان كثيرا من المؤلفين السلوكيين ركزوا في مؤلفاتهم علي أهمية أن يشتمل التدخل الأسرى السلوكي علي علاقة علاجية طيبة تقوم علي الدفيء ، والتجاوب ، التدعيم ، التشجيع ، الفكاهة .

وهناك عدد من الدراسات التي اختبرت العلاقة بين متغيرات المعالج والنتائج في برنامج التدريب الأسرى السلوكي للوالدين . وقد تناولت هذه الدراسات عدة متغيرات بعضها يتعلق بالسمات الشخصية للمعالج ، والبعض الآخر يتعلق بمهارات الاتصال وكذلك المهارات العلاجية .

- **منظور السياق**

إن منظور السياق البيني في مجال التدخل الأسرى تتمثل أهمية في انه يركز علي عدة متغيرات خارجية تساهم بين لحظة وأخرى كمحددات أساسية في تدعيم جهود الوالدين لتعليم الأطفال السلوك البيني .

وفي ضوء ذلك يبني سلوك الوالدين تجاه الطفل علي الأداء الواضح اكثر من تنميط ما يسمي بالأحداث السابقة والنتائج المترتبة عليها . وتشتمل المتغيرات الخاصة بمنظور السياق علي جوانب متعددة من بينها : التفاعل الزواجي ، المتطلبات المهنية وكذلك الضغوط المختلفة التي تتعرض لها الأسرة ، ومواردها المالية ، التفاعل مع الأقارب والجيران ، الحالة النفسية للأسرة والتي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر علي سلوكيات الأباء تجاه أطفالهم .

وتأكيدا لذلك يري " واهلر " Wahler ١٩٨٠، انه لابد من خلفية معرفية جيدة تشكل الأساس في فهم مشكلات الأسرة . بحيث تركز هذه الخلفية علي تناول السياق الاجتماعي الأوسع الذي تعيش في إطاره الأسرة . لذلك فقد توصل " واهلر " في دراسة له إلى إن الأسرة التي تعاني من فقر في التربية الوالدية ، وكذلك التي تعتمد علي طرف والدي واحد في مناطق مزدحمة ، وترتفع فيها معدلات الجريمة وتعاني من انخفاض في مستويات الدخل فان هذه الأسرة تمثل خطورة عالية High Risk تكون مصحوبة بفشل أثناء برامج التدريب السلوكي للوالدين .

ومن أمثلة الدراسات التي اختبرت العلاقة بين الوالدين والطفل من منظور السلوك الايكولوجي Ecobehavioural تلك الدراسة التي قام بها " ساندرز وآخرون " Sanders etal ١٩٨٩ ، وهي دراسة قامت علي استخدام الملاحظة السلوكية لمجموعتين من الأطفال : المجموعة الأولى لا تعاني من مشكلات أما المجموعة الثانية فكانت تعاني من مشكلات المقاومة والعناد ، وذلك بهدف تحديد المتغيرات السلوكية التي ترتبط بتلك السلوكيات لدي الأطفال ، وقد أثبتت نتائج الدراسة باستخدام طريقة تحليل التباين المتعدد أن نسبة ٦٣% من حالات الأطفال تتأثر بمتغيرات السياق البيئي والتي من بينها توفر الوقت الكافي لدي الوالدين ، غياب متطلبات المنافسة ، نقص الوقت اللازم لتحقيق ما يسمي بالانتباه والتفاعل الأسرى .

ثالثا – مهام المعالج ومستويات العلاج : –

تختلف مهام المعالج ومهاراته الكلينيكية في التدخل الأسرى باختلاف طبيعة المشكلات التي يتعامل معها غير أن هناك مهام ومهارات رئيسية ينبغي أن يعتمد عليها المعالج يمكن حصرها في الجدول التالي : –

مهام المعالج	المهارات الكلينيكية
١ ـ بناء تحالف علاجي .	ـ الاستماع الجيد ، التجاوب ، ومهارات بناء الارتباط الجيد .
٢ ـ التفاوض وتحديد جوانب التقدير .	ـ ترجمة الاهتمامات والطموحات غير الواضحة من قبل العملاء إلى أهداف للتغير ملموسة وواضحة .
٣ ـ مناقشة نتائج التقدير .	ـ إعداد تصور عقلاني لما تم جمعه من بيانات .
٤ ـ التفاوض حول أهداف التدخل .	ـ يتم التفاوض مع الأباء والإدارة المدرسية وفقا لما تم جمعه .
٥ ـ تصميم التدخل .	ـ يتم ذلك في ضوء الاعتماد علي نتائج التقدير ، وفي إطار التعامل مع دفاعيات العميل ومقاماته المختلفة .
٦ ـ إعداد وتجهيز برنامج العلاج .	ـ يتم ذلك من خلال صياغة محتويات البرنامج مع الوالدين في إطار تفسير مسببات المشكلة السلوكية .
٧ ـ تسجيل وتقييم التدخل .	ـ يتم ذلك في إطار متابعة استراتيجية التدريب علي المهارات .
٨ ـ الاهتمام بالتعميم والحفاظ علي نتائج التدخل العلاجي	ـ من خلال نقل اثر التعليم والتدريب ، وتدعيم الاستمرار في الحفاظ علي مستويات التغير .

كما أن التدخل الأسرى يتم في إطار خمسة مستويات أساسية تتراوح بين البساطة والتعقيد ويحدد المعالج المستوي المناسب وفقا لطبيعة المشكلة ، وكذلك الظروف الثقافية للعميل ، ويمكن عرض هذه المستويات في الجدول التالي : ـ

وصف الاختيار	طرق التدخل	أمثلة للسلوكيات المستهدفة
١ - كتابة النصيحة	إرشادات كتابية مختصرة حول كيفية حل المشكلات الخاصة بالطفل دون اتصال علاجي مباشر .	اضطرابات النوم ، التدريب علي التواليت ، السلوك الاستقلالي .
٢ - النصيحة المكتوبة مع توافر الحد الأدنى من الاتصال العلاجي	إرشادات مكتوبة مع اتصال علاجي قصير	مشكلات سلوك الطعام اضطرابات النوم .
٣ - النصيحة المكتوبة بالإضافة للتدريب المؤثر	خليط من الإرشادات والوسائل التي تشتمل علي النمذجة ، التدريب وتغذية الرجع التي تؤثر علي تعليم الوالدين كيفية إدارة مشكلاتهم الخاصة .	حدة المزاج ، التمرد وعدم الإذعان
٤ - التدريب السلوكي المكثف للوالدين	نفس طرق التدريب الواضحة بالخطوة رقم (٣) ولكن التركيز يكون علي التفاعلي بين الطفل والوالدين ، وتدريب الوالدين علي سلسلة من المهارات المختلفة التي تصلح للتعامل مع أنماط مختلفة من مشكلات الطفل : مثل التدريب علي التحكم في المثيرات السابقة علي حدوث السلوك .	سلوك العناد ، السلوك العدواني .
٥ - التدخل الأسرى السلوك	قد يشتمل علي كل الخطوات السابقة ، ولكن بالإضافة إلى تناول المشكلات الأخرى للأسرة كالمشكلات الزواجية ، الاكتئاب الوالدي ، إدارة الغضب ، نقص الدعم الاجتماعي .	مشكلات الوالدين والطفل الاضطرابات السلوكية الشديدة اكتئاب الطفل ، الاكتئاب المختلط اضطراب القلق لدي الوالدين .

رابعا – برنامج التدخل المهني القائم علي التدخل الأسرى السلوكي مع بعض أنماط الاضطرابات السلوكية لدي الأطفال : -

في ضوء التحليل النظري للدراسات السابقة ، وفي إطار الرؤى النظرية والتطبيقية للتدخل الأسرى السلوكي استطاع الباحث أن يحدد إطارا إجرانيا لخطوات ومراحل التدخل المهني مع عينة البحث علي النحو التالي :-

أولا - أهداف التدخل المهني : -

تحددت أهداف التدخل المهني في البحث الحالي في : -

١) هدف رئيسي يتمثل في إلغاء أو تقليل بعض أنماط الاضطرابات السلوكية لدي الأطفال والتي تتمثل في : العدوانية ، النشاط الزائد ، الانسحاب .

٢) أهداف إجرائية يتم في إطارها تحقيق الهدف الرئيسي للتدخل تحددت في :

- كشف وصياغة أنماط الاضطرابات السلوكية للأطفال في إطار أدوات البحث .
- دراسة وتحليل السياق الأسرى والبيئي للطفل وعلاقته بمشكلاته .
- إقناع الأسر بخطورة المشكلات وجدوى العلاج .
- اختيار المستوي الأنسب للتدخل والذي لا يتعارض مع الظروف الثقافية للأسر .

ثانيا - مراحل التدخل المهني وخطواته : -

حيث اعتمد التدخل المهني في البحث الراهن علي المراحل التالية : -

- الاتصال .
- التفاعل وبناء العلاقة .

---

* أخذ هذا البرنامج من دراسة للمؤلف بعنوان : فاعلية العلاج الأسري السلوكي في علاج بعض أنماط الاضطرابات السلوكية لدي الأطفال .

- بحث المتغيرات الأسرية ذات العلاقة بسلوك الطفل .
- المتابعة وقياس القائد .

وفيما يلي نوضح الخطوات الإجرائية الخاصة بكل مرحلة : –

– الاتصال

وفي هذه المرحلة قام الباحث بتحديد واختيار عينة البحث وفقا لضوابط وأدوات البحث . ونظرا لاعتماد الباحث علي الأسرة – الوالدين – كوسيط رئيسي في تنفيذ برنامج التدخل الأسرى السلوكي تم الاتصال بأولياء أمور التلاميذ عن طريق الإدارة المدرسية والمرشد الطلابي دون تدخل الباحث وذلك لحساسية مشكلة الأطفال والخصوصية الثقافية للمجتمع ، وكانت أهداف الاتصال متمثلة في : –

أ - إقناع أولياء الأمور بأهمية مشكلات الأطفال وخطورة استمرارها في نفس الوقت .

ب - تحفيزهم للمشاركة في خطة العلاج مع ضمان السرية التامة .

وتم الاتصال بأولياء الأمور عن طريق الهاتف والمكاتبات ، ورغم بساطة هذه المرحلة من الناحية الشكلية ألا إنها واجهت بعض الصعوبات التي من بينها : –

- رفض بعض أولياء الأمور تشخيص الطفل علي انه يعاني من اضطرابات سلوكية والنظر إليه علي انه عادي بل افضل من غيره سلوكيا .
- عدم اقتناع بعض أولياء الأمور للمشاركة في خطة العلاج داخل المدرسة .

وقد تم التغلب علي هاتين الصعوبتين بإتاحة الفرصة لأولياء الأمور لمراقبة أبنائهم عن بعد – بعض الوقت – عند ممارسة الأنشطة المدرسية ، وكذلك الاستماع إلى مدرسيهم ومناقشتهم بشأن سلوكيات أطفالهم .

أما الصعوبة الثانية فقد تم التغلب عليها بالاكتفاء بتواجد الأب مرة كل أسبوع لحضور جلسة فردية مع المرشد الطلابي لمدة تتراوح بين النصف ساعة إلى ٤٥ دقيقة والاستعاضة عن باقي الجلسات باستخدام الهاتف ، المراسلات الكتابية ، وبصفة خاصة مع الأمهات التي تحول ثقافة المجتمع دون الالتقاء بهن مباشرة .

- التفاعل وبناء العلاقة

في هذه المرحلة اهتم الباحث بالتركيز علي كسب ثقة أولياء الأمور ، والعمل علي بناء علاقة مهنية طيبة معهم من خلال التقبل المتبادل ، وتحقيق السرية المطلوبة . وقد اعتمدت هذه المرحلة علي المناقشة والحوار وتقتضي الأمانة أن يشير الباحث إلى انه اعتمد علي المرشد الطلابي بالمدرسة في بناء التفاعل والعلاقة المهنية وكذلك في تنفيذ معظم مراحل الدراسة التجريبية وذلك في إطار عدد من المقابلات شملت المرشد والباحث وبعض أولياء الأمور في إطار خطة للإرشاد تمثلت عناصرها التي تم توضيحها لأولياء الأمور في :-

أ- اعتبار المرشد هو همزة الوصل الرئيسية بين الباحث وعينة البحث .

ب- يخصص يوم واحد أسبوعيا كي يلتقي الباحث بأولياء الأمور .

ج- يتابع الباحث مع المرشد مراحل التنفيذ أولا بأول مع مواجهة الصعوبات وتحديد البدائل وقتما تقتضي الحاجة لذلك .

- بحث المتغيرات الأسرية ذات العلاقة بسلوك الطفل

وقد تم تنفيذ هذه المرحلة في إطار استخدام استبانه العوامل الأسرية الخطرة " FRF " التي أعدها الباحث وذلك لمناقشة والتعرف علي المتغيرات الوالدية والأسرية ذات العلاقة بالسلوك الحالي للطفل .

ومن ثم نوقشت خلال هذه المتغيرات التالية : ـ

- مناقشة التفاعل الزواجي .
- التفاعل والعلاقة بين الوالدين والطفل .
- الحالة النفسية والمزاجية للوالدين .
- الضغوط الأسرية .
- التفاعل مع الأقارب والجيران .
- الموارد المالية للأسرة في إطار الأنفاق .
- توفر الوقت اللازم لعملية التربية .
- أساليب المعاملة الوالدية للأبناء عامة والطفل بصفة خاصة .
- مناقشة متغيرات أساسية مثل : تعليم الوالدين ، المهنة ، وتعدد الزوجات .
- مناقشة تقارير الملاحظة التي قام بها المدرسون والمرشد الطلابي حيال الطفل .
- تحديد إجرائي للأسباب التي تؤدي بسلوك الطفل وبصفة خاصة ما يتعلق منها بالأسرة .

ـ تكنيكات التدخل وتدريب الوالدين

اعتمدت هذه المرحلة علي ثلاثة أنواع من التكنيكات : ـ

أ ـ تكنيكات مباشرة تم استخدامها مع الأباء والأمهات كوسطاء في عملية التدخل لإحداث تغييرات في سلوك الطفل وتمثلت في : ـ

- الاستماع الجيد والمناقشة .
- الاقتناع وتعديل بعض الأفكار .
- التوجيه والإرشاد .

- التشجيع والتدعيم المستمر سواء فيما يتعلق بالاهتمام بملاحظة سلوك الأباء حيال الطفل ، وكذلك التحلي بالصبر عند معالجة سلوك الطفل .

ب - تكنيكات وسيطة يقوم بتنفيذها المدرسون والمرشد الطلابي بالمدرسة للتغلب علي العوامل المدرسية ذات العلاقة بسلوك الطفل وتمثلت في تكنيكات : -

- الاقتداء .
- التدعيم .
- العزل .

ج - تكنيكات مباشرة يقوم بتنفيذها الأباء كمعالجين داخل منازلهم لتعديل جوانب الاضطراب السلوكي وإكساب الطفل أنماط سلوكية مرغوبة تمثلت في : -

- التدعيم الإيجابي (اللفظي ، المادي) .
- التدعيم السلبي (وقف قيمة مدعم إيجابي) .
- التقريب المتتابع (متمثلا في تفتيت السلوك المراد إكساب للطفل إلى وحدات صغيرة متدرجة) .
- ومع هذه التكنيكات تم تدريب الأباء علي كيفية التعامل مع استمارة الملاحظة وجداول التدعيم ، وكذلك رصد الأحداث السابقة ، والسلوك الحالي ، والنتائج المترتبة بما فيها حالة الطفل بعد وقوع السلوك .

وقد تم الاتفاق علي بعض الأنشطة الأسرية التي تساعد في تعديل السلوك والتي تمثلت في : -

- أنشطة التفاعل بين الوالدين والطفل .
- أنشطة اللعب .
- أنشطة السلوك الاندماجي .

- أنشطة المحادثة المنزلية .
- أنشطة المهارات الاجتماعية والسلوك الاجتماعي .

هذا وقد اعتمد الباحث علي مهام المعالج والمهارات الكلينيكية الموضحة بالإطار النظري للبحث . أما عن مستويات التدخل العلاجي فقد اعتمد الباحث علي المستويين الثاني والثالث فقط واللذين يركزان علي النصائح والإرشادات المكتوبة ، التدريب المؤثر غير المكثف وكذلك الاتصال العلاجي القصير ، ولم يتطرق الباحث للمستويين الرابع والخامس لاعتبارات تخص مجتمع البحث .

- التـنـفـيـذ

وقد اشتملت هذه المرحلة علي صياغة الجدول الزمني الخاص بمراحل وخطوات التدخل المهني ، وقد روعي في هذه المرحلة عدة شروط : -

أ - الاتفاق المسبق مع الأباء وإدارة المدرسة بشأن الجدول الزمني .

ب - مراعاة المرونة النسبية فيما يتعلق بتعديل بعض المواعيد المحددة للمقابلات بالنسبة للأباء بصفة خاصة .

ج - الالتزام من قبل الأباء بالاستمرار في برامج التدخل وفي حالة الرغبة في الانسحاب يبلغ بذلك المرشد الطلابي عن طريق الهاتف أو المكاتبة مع توضيح الأسباب ما أمكن .

وقد استغرق التنفيذ فترة أربعة عشر أسبوعا يحددها الجدول التالي : -

الأسبوع	عدد المقابلات	الهدف	النشاط المهني
١ ٢ ٣	٤ مقابلات	١. تحديد العينة . ٢. الاتصال بالأباء . ٣. الإقناع بمشكلات الأطفال .	ـ الملاحظة ، المناقشة ـ الإقناع والتقبل .
٤ ٥ ٦	٦ مقابلات	١. بناء العلاقة العلاجية . ٢ . بحث ودراسة المتغيرات الأسرية ذات العلاقة بسلوك الطفل .	ـ الترحيب وبناء العلاقة المهنية. ـ المناقشة والاستماع الجيد . ـ الإقناع والتوجيه والإرشاد .
٧ ٨	٦ مقابلات	تدريب الأباء علي استخدام وتطبيق تكنيكات تعديل السلوك داخل المنازل	ـ استخدام أسلوب الشرح المبسط . ـ المراجعة المستمرة والتقييم . ـ تقديم الأمثله والنماذج .
٩ ١٠ ١١ ١٢	٨ مقابلات	تنفيذ خطة العلاج داخل المنازل وفي المدرسة	ـ متابعة التنفيذ . ـ الوقوف علي الصعوبات . ـ التشجيع والدعم المستمر . ـ التواصل مع الأسر والمدرسة.
١٣	توقف	التأكد من استمرار التعديل السلوكي	المتابعة داخل المدرسة .
١٤	مقابلة لكل حالة	قياس عائد التدخل .	تطبيق أدوات القياس الخاصة بالبحث .

ـ المتابعة وقياس العائد

وهي المرحلة الأخيرة من مراحل التدخل المهني للبحث ، وقد تم خلالها وقف برنامج التدخل المهني وفقا للجدول الزمني ، وذلك قبل أسبوع من عملية قياس عائد التدخل المهني علي الأباء والمدرسين والطفل نفسه . وذلك لاستخلاص نتائج التدخل المهني والوقوف علي فاعلية البرنامج .

مراجع الفصل السابع

1- Prinz, R.J : Overview of Behavioural Family Interventions with Children: Achievements, Limitations and Challenges. Behavioural Change, Vol.٩, (٣),١٩٩٢ .

2- Abidia, R.R. (Ed): ParentEducationand Intervention. Handbook, Spring Field, IL : Charles C. Thomas, ١٩٨٨.

3- Patterson, G.R.: Maintenance of Treatment effects: Some Considerations FamilySystems and Follow -Up data. Behaviour Therapy (١٠) ١٩٧٩.

4- Sanders, M.R : New directions in behavioural Family Intervention with Children : From Clinecal management to Prevention . Newkealanu Journal of Psychology , (٢١) , ١٩٩٢.

5- Tharp, R-G.: Cultural diversity and Treatment of Children . Journal of Consulting and Clinical Ps.(٥٩), ١٩٩١.

6- Gardiner, F.E : Positive Interaction Between Mothers and Conduct – Problem Children : Is there (mining for harmony as well as fighting ? Journul of Abnormal Child Psychology. (١٥) , ١٩٨٧

7- Graves, T.ct al; An evaluation of Parental problem solving training In The behavioural treatment of Childhood obesity. Journal of Consulting and Clinical psychdogy .(٥٦) , ١٩٨٨.

8- Sanders, M.R: The effects of instructions, cueing and Feedback in systematic Parent training. Australian Journal of psychology – (٣٤) , ١٩٨٢.

9- Dadds, M.R : Child behaviour Therapy and Family Context: Suggestions for Research and practice with maritally discordant Families. Child and Family Behaviour Therapy. (١١) , ١٩٨٩.

10- Wahler. R.G : The insular mother here problems in parent - Child treatment. Journal of Applied Behaviour Analysis, (١٣) ,١٩٨٠ .

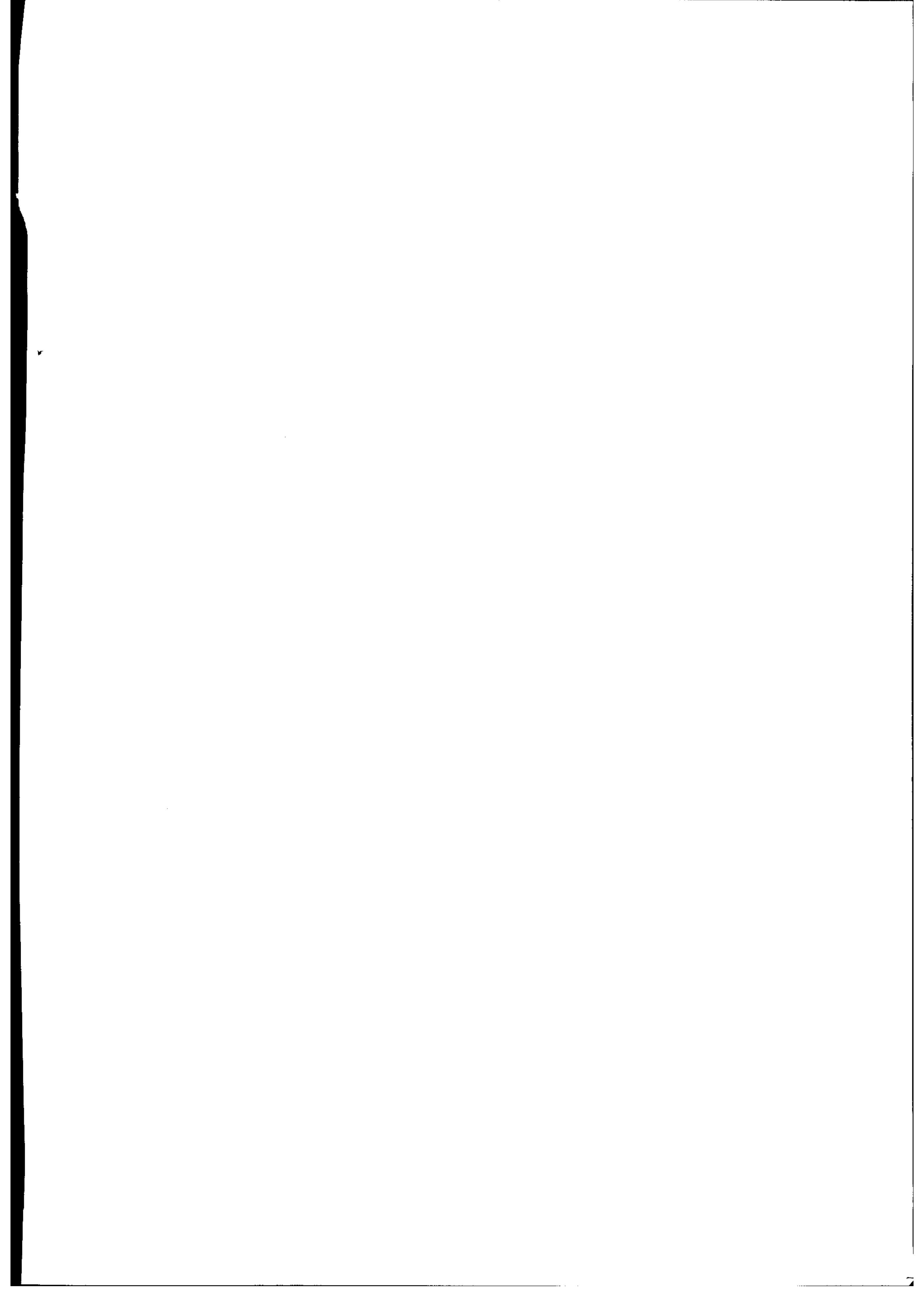
11- Sanders, M.R. et al: Cognitive-behavioural Treatment of recurrent Nonspecific abdominal Pain in children : An analysis of Generalization and Side effects. Journal of consulting and clinical psychology .(٥٧) ,١٩٨٩ .

12- Sanders , M . R & Dadds , C.M: Toward atechnology of Prevention of disorders : The Role of Behavioural Family Inter vention . Behavioural change , vol , 9 (٣) 1992 .

الفصل الثامن

القياس والمقاييس في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

- أهمية القيـــاس .
- معني القيـــاس .
- المبادئ الأساسية للقياس الجيد .
- شروط بناء المقاييس .
- أنواع المقاييس .
- نماذج لمقاييس الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية .



* **أهمية القياس**

إن أحد التحديات التي تواجه كافة أنماط البحوث وأشكال الممارسة هي كيفية إيجاد طريقة لقياس المشكلة . لذلك يساعدنا القياس علي تحديد المشكلة والأهداف المتوقعة عند التعامل معها . ومن ثم فإن قياس مشكلات العملاء يوفر لنا تغذية رجع تحدد مدي نجاح أو فشل جهود العلاج المستخدمة معها . كما تحدد المقاييس أيضا وتوجه المعالجين إلى تخير الوقت المناسب لإحداث تغيرات ضرورية في برنامج التدخل .

وللقياس أهمية كبيرة في وضع المعايير التي تحدد العلاقة الموضوعية بين البحث والممارسة ، وذلك من خلال إعادة استخدام نفس الأساليب التي استخدمها باحثون آخرون في إطار توفير قاعدة علمية أساسية تتيح لنا مقارنة النتائج التي ترتبط ببرامج تداخل مختلفة . وباختصار شديد فإن القياس في بحوث الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية يساعدنا علي تحديد إلى أين نذهب ومتي نتوقف .

حيث يوفر لنا القياس الأساس الجيد الذي يمكننا من تقييم ما نفعله ، وبالتالي فهو يشكل أحد الأسس القوية لتحقيق ما يسمي بالمحاسبية المهنية .

وتعتبر الاستبيانات الورقية - Paper-and-Pencil - التي تملأ بواسطة العملاء والتي تستغرق وقتاً قصيراً كما إنها تقدر بواسطة الممارسين ، وتعطي صورة حقيقية عن ظروف العملاء كما أنه يمكن إعادة تطبيقها في أي وقت ـ بشرط توافر الصدق والثبات الحقيقي لها ـ تعتبر من أدوات القياس الهامة التي تساعد في تقييم الممارسة وتحقيق المحاسبية ويطلق عليها أدوات القياس السريع Rapid assessment instruments .

* **معنى القياس**

يعرف القياس ببساطة بأنه عملية منظمة لتحديد عدد Number يمثل المساهمة الكمية لمتغير ما .

وتشير المتغيرات في الممارسة الإكلينيكية إلى مواقف ، ومشاعر وأفكار وسلوكيات العملاء . ويطلق عليها المتغيرات المعتمدة ، أما المفاهيم النظرية والأهداف العلاجية فيطلق عليها المتغيرات المستقلة .

ويطلق علي هذا النوع من القياس " القياس الكمي " لأنه يسمح بتسجيل التغيرات التي تحدث للعملاء تسجيلاً رقميا .

وينقسم مستوي القياس إلى أربعة أنواع : -

١. مستوي القياس الاسمي Nominal
٢. ,,, ,,, الترتيبي Ordinal
٣. ,,, ,,, الفاصل Interval
٤. ,,, ,,, النسبة Ratio

ويطلق علي مستوي القياس الاسمي بأنه القياس المانع حيث تشير دلاله الرقم فيه إلى تحديد إسهامات المتغير عن غيره من المتغيرات الأخرى دون القدرة علي مقارنة نتائج المتغيرات ، ويصنف الأحداث إلى فئات وطوائف مميزة (كالجنس ، الحالة الاجتماعية ، الديانة مكان الميلاد ، الجنسية) .

ومن خصائصه ما يلي : -

- يصنف البيانات إلى فئات .

- ليس لدية نقطة الصفر .
- لا يمكن تمثيله علي متصل (منخفض – مرتفع) .

أما مستوي القياس الترتيبي فانه يتيح الفرصة لعقد المقارنات بين الأرقام المحددة للمتغير . علي سبيل المثال تستطيع أن تقارن بين الأداء الضعيف Poor Functioning والذي تحدد له الرقم (٥) في علاقته بأداء الموهوبين Superior والذي تحدد له الرقم (١) وعلي الرغم من أن القياس الترتيبي يتيح الفرصة للمقارنة بين بعض الأرقام المختلفة للمتغير الواحد إلا أنه لا يساعد علي تحديد كيف تختلف إسهامات هذه الأرقام بعضها عن البعض الآخر ، ففي المثال السابق لا تستطيع أن تحدد كيف يختلف العبقري عن ذي الأداء الضعيف .

ويصبح استخدام أساليب الحساب (الإضافة ، الطرح ، الضرب ، القسمة) مناسبا لمقاييس المستوي الفاصل ، والتي يطلق عليها أحيانا مقاييس مستوي المسافة ، ويتميز هذا النوع من مستوي المقاييس بالتكافؤ أو التساوي ، والذي يعني إن المسافة بين الأرقام المحددة تكون متساوية . مثال علي ذلك : أن المسافة بين (٢) ، (٤) علي مقياس سباعي النقاط تكون مساوية للمسافة (٥) ، (٧) .

أما المستوي الرابع ، وهو مستوي مقاييس النسبة فهو يجمع بين مميزات الثلاثة السابقة فضلا عن أننا يمكن عن طريقة أن نتحكم في القيمة الصفرية بدلا من عزلها أو تغييبها كما في مقاييس المسافة والترتيب ، ويصلح مستوي مقاييس النسبة للاستخدام في العلوم الاجتماعية والسلوكية لقياس العمر وسنوات الزواج ... وهكذا ، إلا انه اكثر استخداما في العلوم الطبيعية لدقتها وتعدد قوانينها .

* المبادئ الأساسية للقياس الجيد

يعتمد المقياس الجيد علي مبدأين هامين في البحث العلمي هما الثبات والصدق . ويشير الثبات إلى تماسك القياس ، وقدرة فقراته علي أن تعبر عن كينونة واحدة للمقياس ، وان يعطي المقياس ككل نتائج متقاربة إذا تعددت مرات التطبيق .

أما الصدق فيقصد به أن يقيس المقياس بالفعل ما وضع لاجله ولا شيء غير ذلك ٠٠٠٠ مثال مقاييس الذكاء الصادقة هي التي تقيس الذكاء فقط ولا شيء غير ذلك . ونوضح فيما يلي طرق حساب الثبات والصدق : -

* طرق حساب الثبات : -

هناك ثلاث طرق لحساب المقاييس تعتمد علي قياس مدي تماسك العبارات الفردية مع بعضها البعض ، ومدي ثبات نقاط القياس عبر الزمن ومدي تساوي الصياغات المختلفة لنفس الأداة مع بعضها ، ولذلك فان الطرق الثلاثة لتقدير ثبات المقاييس تتمثل في : -

١ - التماسك الداخلي : -

ويقيس درجة التماسك بين فقرات القياس بعضها مع البعض الآخر ، وبين كل فقرة والمقياس ككل من خلال استخدام معامل آلفا كروبناخ Cronbach alpha ، والذي يعتمد إحصائيا علي متوسطات الارتباط بين الفقرات حيث يعكس الارتباط إحصائيا حجم الترابط بين المتغيرات ، كما إن هناك طريقة كودر ريتشاردسون K. Richardson ، والتي يمكن عن طريقها التعرف علي الفقرات الحقيقية من الفقرات الوهمية ومدي تمثيل الفقرات للمتغير الأصلي

وهناك طريقة التجزئة النصفية التي يمكن عن طريقها حساب العلاقة الارتباطية بين نصفي المقياس للتأكد من التماسك الداخلي لفقراته (ارجع إلى مراجع الإحصاء المتخصصة في القياس) .

٢ ـ الثبات بطريقة إعادة الاختبار

وهي طريقة تعتمد علي حساب تماسك نقاط القياس عبر الزمن ومن خلال تكرار التطبيق وإذا لم تختلف أو تتغير المتغيرات عبر مرات القياس فإن نقاطة سوف تكون قريبة أو متشابهة وهو أحد الدلائل علي إن المقياس ثابت ، وتعتمد طريقة إعادة الاختبار علي حساب العلاقة الارتباطية بين التطبيقات المتكررة ، وكلما كانت قيمة الارتباط ٨, أو أعلي فإن المقياس في هذه يعتبر متماسك ، وهو دليل علي ثباته .

وتشير المراجع الإحصائية إلى إن قيمة الارتباط حينما تصل إلى ٦٩, (وفقا لمعادلة كرونباخ) بين التطبيقين بفاصل زمني قدرة شهر علي الأقل فان المقياس يعتبر ثابت . بينما يعتبر المقياس ثابتا إذا كانت قيمة الارتباط ٨, فأكثر في حالة فاصل زمني قدرة أسبوع أو أسبوعين فقط .

٣ ـ طريقة الصياغات المتوازية

وتعتمد هذه الطريقة الثالثة لحساب الثبات علي تحديد العلاقة الارتابطية لصياغتين لنفس الأداة ، وإذا وجدت صياغتين لنفس الأداة فإن معامل الارتباط بينهما يكون عاليا ، وحينما تكون قيمة الارتباط (٨,) فأكثر فإن ذلك يعد دليلا علي تماسك الصياغتين .

ومع كل الطرق الثلاثة السابقة ينبغي حساب الخطأ المعياري للتأكد من عدم حدوث تغير في نقاط Scores المقياس .

* طرق حساب الصدق

يشير مصطلح الصدق إلى كيفية قياس المقياس بشكل جيد للموضوع الذي صمم من أجله . وهناك ثلاث طرق لحساب الصدق ، وهي صدق المحتوي ، صدق المحك ، صدق المكون .

١ ـ صدق المحتوي Content Validity

ويهدف إلى التأكد من أن المادة التي تتشكل منها فقرات Items المقياس تصف بدقة ما نحاول قياسه . لأنه من الصعوبة أن نسأل أو نطرح كل سؤال يتعلق بمشكلة العميل فإن صدق المحتوي يعتمد علي اختيار عينة مماثلة لمحتوي القياس .

وهناك مدخلين أساسيين لصدق المحتوي وهما : الصدق المنطقي ، وصدق الوجه . ويقصد بصدق الوجه أن تسأل عدد من الخبراء المتخصصين ، هل فقرات المقياس تعبر عن محتواه ، وهل هذه الفقرات منطقية مع ما نهدف إلى قياسه . وأحد عيوب صدق الوجه أنها قد تعتمد علي الرؤى الذاتية للمحكمين . ولذلك جاءت طريقة الصدق المنطقي لتعالج ذلك العيب من خلال تقييم محتوي فقرات المقياس والتأكد من تغطيتها لنطاق المقياس ، وذلك بتطبيقه علي عينات مختلفة وفي أوقات مختلفة ومقارنة نتائج التطبيقات إحصائيا .

٢ ـ صدق المحك Criterion Validity

وله أسماء متعددة كالصدق الامبريقي والصدق التنبئي ، ويعتمد هذا النوع من الصدق علي الدلالة الإحصائية لقيم الارتباط حينما يقارن المقياس الحالي بمتغيرات أخري ، وغالبا ما تكون هذه المتغيرات مقاييس تأكد من صدقها في الماضي . ويندرج تحت هذه النوع من الصدق ما يسمي بصدق الجماعات حيث يتم مقارنة نقاط المقياس من خلال تطبيقه علي جماعة تعاني من نفس المشكلة وأخري لا تعاني منها . وحينما تكون هناك فروق دالة إحصائيا بين الجماعتين فإن ذلك دليلا علي صدق المقياس .

٣ ـ صدق المكون Construct Validity

ويقصد به أن يعتمد المقياس في بناءه علي مكون نظري محدد . وبالاعتماد علي صدق المكون يقوم صانع المقياس بتوجيه سؤال للمحكم المتخصص حول المضمون النظري للمقياس ٠٠٠٠ مثال : هل يقيس المقياس بالفعل الحيل الدفاعية ؟ وإذا اتفق المحكمون في الإجابة علي هذا السؤال فأن ذلك يعد دليلا من أدلة صدق المقياس .

ويندرج تحت هذا النوع من الصدق : صدق التمايز ، وصدق التقارب ، وهناك الصدق العاملي الذي يستطيع من خلاله الباحث أن يحدد إحصائيا صدق التمايز ، وصدق التقارب للمقياس (راجع إحصائيا نظرية تحليل العامل ، حساب مصفوفة الارتباط) .

* **شروط بناء المقاييس**

المقاييس Scaling وسائل فنية يستخدمها العلماء والباحثون الاجتماعيون في مجال قياس الاتجاهات ، وهي تتكون من مجموعة من العبارات ، أو مجموعة من الأسئلة أو فئات الاستجابات التي ترتبط بمدي معين .

وهذه الاستجابات يمكن تمثيلها علي متصل معين تتراوح أوزانه أو درجاته بين منخفض جداً Ver Low (أو سلبي) إلى مرتفع جداً Very High أو إيجابي ، ويختار المبحوث من بين تلك الاستجابات ما يري أنه يتفق مع ميوله واختياره ، وتحتوي المقاييس علي درجة عالية من التجريد وتسمح للباحثين بقياس قضايا عديدة ، وعلاوة علي ذلك تمكن الباحثين من تجميع القيم المرتبطة بالمتغيرات المختلفة في مجال واحد ويتم ذلك بدرجة عالية من الثبات .

والمقاييس مختلفة عن بعضها البعض ليس فقط في مستوي قياسها ولكن أيضا في أهدافها وفي طرق بنائها ٠٠ البعض منها يتم تكوينه من خلال عمليات معقدة ، والبعض الآخر يتم تكوينه بطريقته بسيطة نسبياً وفي كل الحالات يري بعض العلماء مثل ادواردز Edwards وليكرث Likert أنه عند بناء المقاييس يجب مراعاة النقاط التالية : -

١. أن تكون اللغة بسيطة واضحة ومباشرة .

٢. البنود (العبارات) تكون مختصرة وتحتوي علي قضية واحدة فقط .

٣. يجب تجنب الجمل المعقدة .

٤. يجب تجنب العبارات التي ترتبط بالأحداث الماضية .

٥. يجب تجنب العبارات الغامضة وغير المرتبطة .

٦. يجب تجنب العبارات التي يوافق عليها أو يرفضها جميع المستجيبين (المبحوثين) .

٧. يجب تجنب الكلمات مثل " كل all - دائما always - " لا أحد " no one - " ابداً " never - " فقط " Only - " بالضبط " exactly - " تقريبا " almost .

٨. يجب البعد عن اللهجات (اللغة) غير المفهومة مهنياً وكذلك المتناقشة أو المزدوجة أو بمعني آخر " عدم استخدامها " .

* أنواع المقاييس

(١) القياس عن طريق جملة واحدة One Item Scale

وفي هذا النوع من القياس يمكن قياس العديد من المتغيرات عن طريق سؤال واحد أو ملاحظة واحدة ويفيد القياس عن طريق جملة واحدة مع تلك المتغيرات التي لها احتمال واحد لتحديد قيمة المتغير مثل (الجنس - الحالة الزواجية ٠٠) .

ومن الممكن أيضا أن تكون أسئلة هذا النوع خاصة بالألوان فيكون السؤال أي الألوان تفضل ؟ وينبغي أن يكون معلوما أنه ليست كل متغيرات الخدمة الاجتماعية بتلك البساطة أو التي يمكن أن تسأل عن طريق جملة واحدة .

(٢) القياس عن طريق جمل متعددة Multiple Item Scale

ويطلق بعض الكتاب علي هذا النوع من المقاييس اسم الأسئلة المركبة ، وفيه يطلب من المبحوث أن يختار إجابة معينة من بين استجابات متعددة . مثال ذلك السؤال التالي : ـ

لماذا لا تستطيع إدارة الخدمة الاجتماعية تحقيق أهداف المؤسسة ؟

- لقصور في الإمكانيات العلمية .
- لقصور في الإمكانيات المادية .
- لنقص الخبراء والمتخصصين .
- لعدم وجود سياسة ثابتة للعمل في الإدارة .
- لوجود تعقيد في النظم الإدارية المتبعة .
- أخري تذكر .

وهذا النوع يحقق للمبحوثين فرصة الاختيار ولكن غير محدد ولا تستطيع أن تقيم لـــــه " أوزان " ولا يمكن التعامل معه ألا بمستوي القياس الاسمي الذي هو ادني من مستويات القياس

(٣) مقاييس الترتيب الإجباري Forced Ranked Scales

وهذا النوع من ابسط المقاييس ويطلب من المبحوثين أن يرتبوا المعلومة التي يريدها الباحث بحسب درجة أهميتها عندهم ٠٠٠ فعلي سبيل المثال نجد " روكسن " قد صمم قائمة تضم سبعة عشر قيمة تشمل (المساواة ـ الحرية ـ السعادة ـ الإيمان ـ الأمن ـ الحب ـ ٠٠٠ الخ)

وطلب من المبحوثين أن يرتبوا هذه القيم تبعاً لأهميتها من وجهة نظرهم ولكن يعاب علي هذا النوع أن المبحوثين ليست لديهم أي فرصة أخري للاختيار غير القيم التي حددت .

(٤) مقاييس التجميع

وهذا النوع شائع الاستخدام فيتم الحصول علي درجات المبحوثين بواسطة تجميع الاستجابات لعدد من الوحدات التي تقيس نفس المفهوم فعلي سبيل المثال نفترض انك تريد أن تقيس اتجاهات المبحوثين نحو الخارجين من المؤسسات العقابية فتعطي المبحوثين قائمة من الجمل وتطلب منهم أن يجيبوا بنعم أو لا أو موافق أو غير موافق لكل وحدة ومثال ذلك ما يلي : -

- يواجه الخارجون من المؤسسات العقابية صعوبة في أن يكونوا أعضاء في المجتمع

  نعم (   ) لا (   )

- ليس من السهل إعادة التوافق الاجتماعي للخارجين من المؤسسات العقابية

  نعم (   ) لا (   )

- يمكن أن يكون الخارجين من المؤسسات العقابية مواطنين صالحين

  نعم (   ) لا (   )

- يمكن أن يعمل الخارجون من المؤسسات العقابية أعمال شريفة

  نعم (   ) لا (   )

- لا يصلح الخارجون من المؤسسات العقابية لممارسة أي عمل

  نعم (   ) لا (   )

وتعطي رمز (واحد) للأسئلة المجابة بنعم ورمز (صفر) للأسئلة المجابة بلا . فإذا كان هناك عشر وحدات أو جمل تكون اعلي درجة هي (عشرة) وأقل درجة هي (صفر) وبالتالي نستطيع أن نعرف اتجاه الأشخاص نحو الخارجين من المؤسسات العقابية إلا أن هذا النوع من المقاييس محدود جداً في قياس الاتجاهات .

مراجع الفصل الثامن

1-- Anastasi,A . Psycholgical Tests . Newyork , Macimillan , 5 th ed 1976 .

2-- Austin , C.D. Client assessment in Contex . Social Work Research and Abstract,17,1981 .

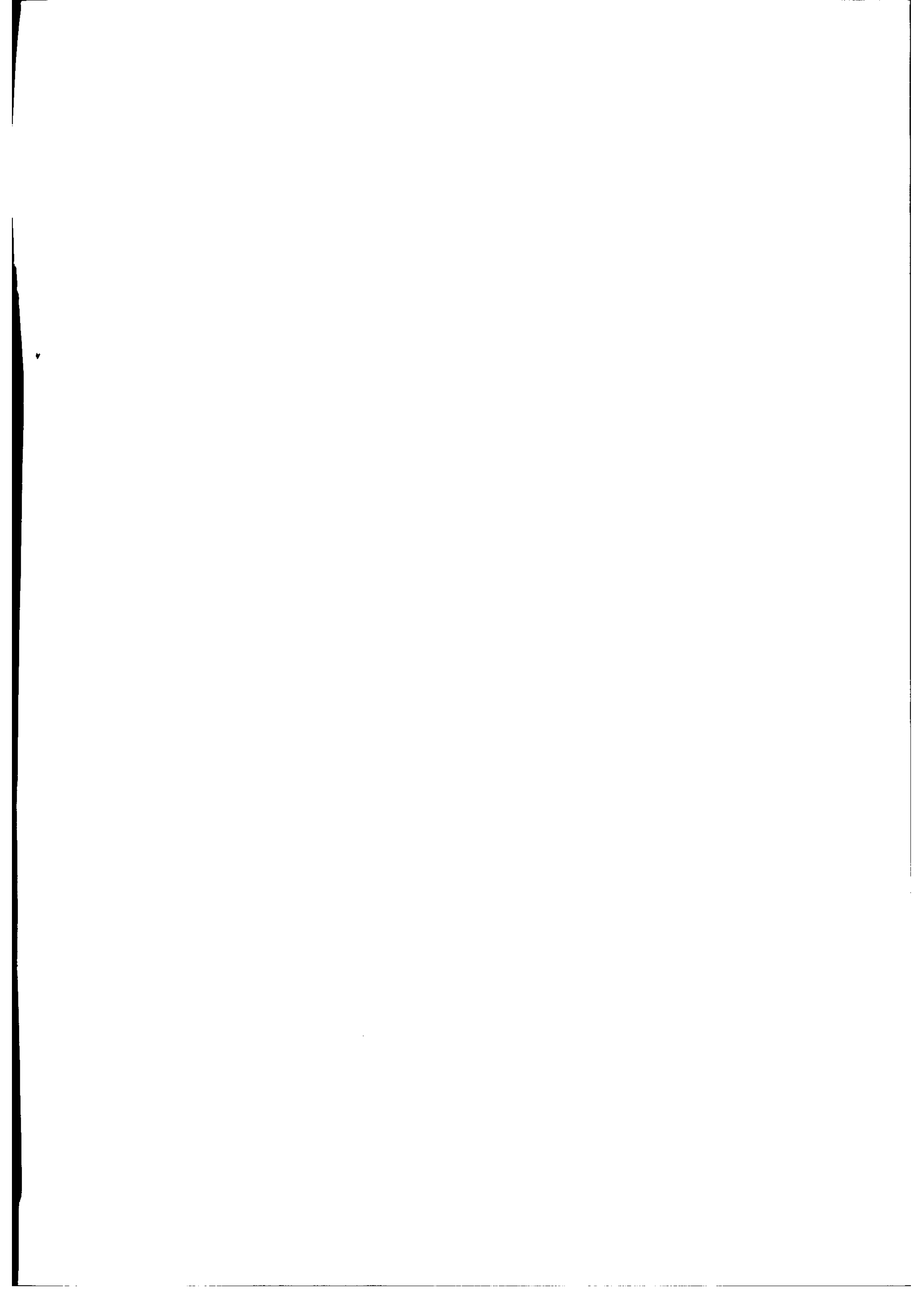
3-- Babbie,E . The Practice of Social Research . Belmont, California, Wadsworth, 3 rd ed ,1983 .

4-- Cronbach ,L.J. Essentials of Psgchological Testing . Newyork, Macimillan , 3 rd ed , 1970 .

5-- Corcoran , K . & Fischer , J. Measures For Clinical Practice . Newyork , The Free Press , 1987 .

٦ ــ طلعت مصطفي السروجي وآخرون . مناهج البحث في الخدمة الاجتماعية ، القاهــــرة مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٠م.

نماذج لبعض مقاييس الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية



مقياس الاغتراب الزواجي

إعداد

الدكتور / حمدي محمد منصور

١٩٩٢

بيانات هذه الاستمارة سرية ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي فقط

* **تعليمات المقياس : -**

لا تخلو الحياة الأسرية ، ولا سيما بين الزوج والزوجة من مواقف حياتية متعددة ، ولاشك من أن التعامل مع هذه المواقف بصورة أو بأخرى يولد لدي الطرفين (الزوج – الزوجة) مشاعر وأحاسيس مختلفة ، بعضها يساهم في إيجاد قدر من التجاذب النفسي والاجتماعي بين الزوجين والآخر يؤدي إلى التباعد والشعور بالوحدة النفسية .

والصفحات التالية تحتوي علي مجموعة من العبارات ترتبط بتلك المواقف وما يترتب عليها من مشاعر .

لذا أرجو منكم قراءة كل عبارة من عبارات المقياس بشكل جيد ، واختيار ما يتناسب أمامها من استجابات .

فإذا كانت العبارة تنطبق عليك ضع علامة ( ) اسفل خانة نعم

وإذا كانت العبارة لا تنطبق عليك ضع علامة ( ) اسفل خانة لا

علما بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة ، ولكن كل منا يعبر بدقة عن المواقف التي تحدث داخل حياته الأسرية .

وأذ نوجوا منكم عدم ترك أي عبارة دون الإجابة عليها .

نشكر لكم خالص تعاونكم

---

* للمزيد من المعلومات حول بناء هذا المقياس يمكن الرجوع إلى دراسة للمؤلف بعنوان : قياس الشعور بالاغتراب لدي الزوجين كمحك لتشخيص حالات النزاعات الزواجية – منشور في المؤتمر العلمي السادس كليه الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ١٩٩٢م .

٣٤.	الحياة الزوجية كلها خلافات ومشاكل..................	......	......
٣٥.	اشعر أن شريكي لن يستطيع أن يفهمني..................	......	......
٣٦.	اعتقد إن الحياة الزوجية لا تستمر في ظل خلافات مستمرة..........	......	......
٣٧.	اشعر إن شريكي لا يثق بي..................	......	......
٣٨.	اشعر بالعجز أمام مشاكل الاسرة..................	......	......
٣٩.	حياتنا أصبحت خالية من أي احساس..................	......	......
٤٠.	اصبح المنزل بالنسبة لي محطة للنوم فقط..................	......	......
٤١.	حياتي أصبحت بلا معني..................	......	......
٤٢.	لولا الأولاد لما استمرت هذه الحياة..................	......	......
٤٣.	الحياة الزوجية كلها تعب..................	......	......
٤٤.	لا توجد وسيلة للتفاهم بيننا..................	......	......
٤٥.	اصبح التليفزيون هو صديقي الوحيد في المنزل..................	......	......

المشاعر الزوجية	المسئولية الزوجية	النظرة المستقبلية للحياة الأسرية

ملاحظات الباحث :

بيانات عن المبحوث

(١) الحالة التعليمية :
(٢) المهنـــــــة :
(٣) العمـــــــر :
(٤) مدة الـــــزواج :
(٥) كيف تم اختيار الطرف الأخر :
أ ـ بمعرفتي شخصيا :
ب ـ عن طريق وسيط :
(٦) الديـانــــة :

م	العبـــــــارة	نعـــم	لا
١.	افضل قضاء معظم وقتي خارج المنزل..........	......	......
٢.	شريكي يطالبني بالامتثال لنزواته	..	......
٣.	يسيطر الشعور بالوحدة علي حياتنا	......	......
٤.	يتهمني شريكي بالقبح والسوء..............	..	......
٥.	شريكي يقلل من شأني	......	......
٦.	يتعمد شريكي توجيه اللوم لي أمام الأخرين..........	..	......
٧.	يرغب شريكي في معاشرتي جنسيا سواء كانت لي الرغبة أم لا..	......	......
٨.	شريكي لا يحترم مشاعري...................	..	......
٩.	ليست في شريكي مواصفات الشخص الذي كنت اريدة.......	......	......
١٠.	اشعر بالراحة عندما أكون بمفردي في المنزل	..	......
١١.	أعاني من فراغ عاطفي شديد...................	......	......
١٢.	افكر في حل مشاكلي بمفردي	..	......
١٣.	حياتي قبل أن اتزوج كانت افضل مما أنا علية الان.........	......	......
١٤.	يطالبني شريكي بأداء بعض الأفعال الجنسية التي لا احبها	..	......
١٥.	نجاح أي منا لا يعني الاخر....................	......	......
١٦.	عندما تواجهني مشكلة لا أجد من يشاركني حلها في المنزل......	..	......
١٧.	اشعر أن أسرتي وأبنائي يمثلون عبئا لا احتمله........	......	......
١٨.	يعتبرني شريكي خادما شخصيا له..................	..	......
١٩.	إدارة شئون المنزل مسئولية طرف واحد فقط.........	......	......
٢٠.	اعتقد أن التخطيط للحياة الأسرية مسألة غير ضرورية..........	..	......
٢١.	مسئوليتي نحو الأسرة تتمثل في النواحي المادية فقط..........	......	......
٢٢.	عملي يستحوذ علي كل تفكيري واهتمامي	..	......
٢٣.	إذا مرضت لا أجد في المنزل من يرعاني	......	......
٢٤.	شريكي ينفق من دخل الأسرة بلا حساب..............	..	......
٢٥.	لا أجد مشاركة من شريكي حينما أكون في أزمة مالية.........	......	......
٢٦.	لا يعنيني ترتيب المنزل ونظافتة....................	..	......
٢٧.	تربية الأولاد مسئولية طرف واحد فقط..............	......	......
٢٨.	شريكي لا تعنيه المناسبات الخاصة بأهلي	..	......
٢٩.	تدبير شئون المنزل مسئوليتي وحدي..............	......	......
٣٠.	لا أجد من يسعفني إذا تأخرت عن العمل	..	......
٣١.	اشعر أنني لن اختار نفس الشريك إذا عاد الزمن مرة اخري......	......	......
٣٢.	اعتقد أن معظم المتزوجين محبطون في حياتهم الزوجية........	..	......
٣٣.	اشعر أن علاقتنا معا تتحطم يوما بعد الأخر..............		......

إستبيـــــان

أساليب المعاملة الوالدية للطفل البوالي

إعـــــداد

كلثم جبر محمد الكواري

* تعليمات الاستبيان :

لكل منا أسلوبه الخاص وطريقته في تربية الأبناء ، ولكن أحيانا قد لا يدرك أحد الوالدين أو كليهما أن استخدام أسلوب بعينه له آثارا سيئة علي النمو النفسي والاجتماعي وكذلك صحة الطفل النفسية والجسمية .

من أجل ذلك نرجو قراءة هذه الأداة بشكل جيد وأن يتخير الأب والأم العبارة التي تصف بدقة أسلوب معاملة الابن ومعدل استخدام الأب أو الأم لهذا الأسلوب في ضوء خمس اختيارات .

دائما : أي أن الأب أو الأم أو كليهما يستخدمان ذلك الأسلوب بشكل مستمر .

كثيرا : أي أن الأب أو الأم أو كليهما يستخدمان ذلك الأسلوب بشكل متكرر .

أحيانا : أي أن الأب أو الأم أو كليهما قد يستخدمان ذلك الأسلوب بين فترة وأخري .

نادرا : أي أن الأب أو الأم أو كليهما نادرا ما يستخدمان مثل هذا الأسلوب .

أبدا : أي أن الأب أو الأم أو كليهما لم يسبق أن استخدما مثل هذا الأسلوب من قبل .

نرجو الدقة في اختيار العبارات التي تساعد علي وصف أساليب التربية المستخدمة مع الطفل ، حيث يمكن تحديد المعالجة السليمة والتي تساهم في علاج مشكلة التبول اللاإرادي عند الطفل .

الباحثـــة

م	العبـــــارة	دائما	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
١.	أقوم بأعمال توضح إنني احب الطفل اكثر من اخوته .					
٢.	أقوم بأعمال توضح أنني احب اخوته اكثر منه .					
٣.	أقوم بأعمال توضح أنني أفضل أحد الأبناء علية .					
٤.	أعطية مصروفا أقل من اخوته .					
٥.	أعطي لخوته مصروفا اقل منه .					
٦.	أصحبه معي عند الخروج للتنزه .					
٧.	أقوم بأعمال توضح أنني أفضل أن ألعب مع أخيه الأصغر .					
٨.	أقوم بأعمال توضح أنني أفضل أن ألعب معه دون باقي لخوته					
٩.	يحظى باهتمام أكثر من غيره من الأبناء .					
١٠.	لا أداعبه كثيرا مثل باقي لخوته .					
١١.	أقوم بأعمال توضح أن جميع أبنائي لدي سواسية لا فرق .					
١٢.	أسمح لأحد الأطفال أن ينام بجواري في نفس الغرفة .					
١٣.	لدي وقت لرعاية الأبناء .					
١٤.	اترك شئون الأطفال للخادمة أو المربية .					
١٥.	هذا الولد ممل وطلباته كثيرة .					
١٦.	أعتني كثيرا بنظافته .					
١٧.	تقوم الخادمة أو المربية بنظافة الطفل.					
١٨.	عندما يبكي أدعه لغيري في المنزل .					
١٩.	لدي وقت لمداعبته أو اللعب معه .					
٢٠.	أدعه يلعب في حوش المنزل بعيدا عني .					
٢١.	يفارقني النوم عندما يكون طفلي مريض .					
٢٢.	عندما يمرض طفلي أعهد للمربية أو الخادمة بإعطائه الدواء .					
٢٣.	متعتي الاهتمام بأطفالي .					
٢٤.	أقدم الطعام له في غرفته .					
٢٥.	أغسل يديه بنفسي .					
٢٦.	أحمله إلى الحمام .					
٢٧.	أتولي بنفسي إلباسه ملابسه .					
٢٨.	أشتري ملابسه دون أخذ رأيه .					
٢٩.	أشركه معي في انتقاء الألعاب المناسبة .					
٣٠.	أختار أصدقاءه .					
٣١.	لا أدعه يبتعد عني بأي حال .					
٣٢.	حينما نكون في زيارة أفضل بقاءه بجانبي .					
٣٣.	أساعده على أن يقوم بأشيائه لوحده .					
٣٤.	أشعر بالمتعة عندما أتولى جميع شئون طفلي .					
٣٥.	أدافع عنه إذا ارتكب خطأ في المدرسة .					

م	العبـــــارة	دائما	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
٣٦.	أقوم بكل واجباته في المدرسة .					
٣٧.	إذا أخطأ طفلي فإنني اضربه .					
٣٨.	أوجه له اللوم على كل خطأ يرتكبه .					
٣٩.	إذا أخطأ أخاصمه فتره طويلة .					
٤٠.	أحرمه من اللعب إذا لم يمتثل لأوامري .					
٤١.	استخدم أسلوب القسوة لأن طفلي متمرد وعنيد .					
٤٢.	أحبسه في غرفته حينما يخطئ .					
٤٣.	أحرمه من المصروف إذا أخطأ .					
٤٤.	أتسامح معه وأواجهه إذا أخطأ .					
٤٥.	أشعره بالحرج أمام الآخرين كي ينتبه لخطأه .					
٤٦.	أعنفه بشدة عندما يتبول علي نفسه .					
٤٧.	أستخدم أسلوبا خاصا في التربية .					

استمارة

ملاحظة سلوك الطفل المتبول لا إراديا

وتقدير عدد مرات تبوله

إعـــداد

كلثم جبر محمد الكواري

عزيزتي الأم :

تعتبر مشكلة تبول الأطفال لا إراديا من المشكلات التي تقلق الأسرة ولذلك نود أن نعاونك علي حل ومواجهة هذه المشكلة ويتطلب ذلك معاونتنا علي ملاحظة سلوك الطفل وحساب عدد مرات تبوله يوميا .

لذا نرجو منك اتباع الإرشادات التالية قبل تدوين ملاحظاتك علي الطفل :ـ

- لاحظي الطفل جيدا أثناء النهار وتابعي مرات تبوله طيلة اليوم .
- كذلك راقبي الطفل أثناء النوم قدر المستطاع واحسبي عدد مرات تبوله .
- دوني ملاحظاتك علي الطفل قبل وأثناء وبعد التبول .
- دوني عدد مرات التبول بالجدول المرفق يوما بيوم ودون كلل أو تباطؤ .

مع التمنيات بالشفاء الدائم

أولاً : بيانات أولية عن الطفل :

١. الاســـــم :

٢. الســـــن :

٣. النـــــوع :

٤. ترتيب الطفل بين أخواته :

٥. حاله الطفل الانفعالية :

أ) هادي .

ب) عصبي .

جـ) عصبي جدا .

٦. حالة الطفل الحركية :

أ) خامل .

ب) عادي .

جـ) زائد النشاط .

٧. نتيجة اختبار الذكاء

٨. متغيرات خاصة بالأسرة

متغيرات أسريـــــة	الأب	الأم
المستوي التعليمي .		
المهنة .		
الدخل .		
عدد الأبناء	ذكـــور :	إنـــاث :

ثانيا : المستوي العمري لضبط التبول عند الطفل :

١. الطفل لم يضبط التبول بعد

٢. الطفل ضبط التبول عند سن

٣. عاد الطفل إلى البوال مرة ثانية عند سن

٤. الطفل أحيانا يتحكم في نفسه وأحيانا لا يتحكم .

ثالثا : مصادر رعاية الطفل :

م	العبـــــــارة	دائما	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
١.	الوالدين فقط .					
٢.	الوالدين والأجداد .					
٣.	المربية .					
٤.	الوالدين بالتعاون مع المربية .					
٥.	الأم فقط (لغياب الآخر) .					
٦.	الأب فقط (لغياب الآخر) .					
٧.	أحد الاخوة (لغياب أحد الأبوين أو كلاهما)					
٨.	أخت فقط .					
٩.	أخ فقط .					
١٠.	دار الحضانة .					

رابعا : ملاحظات الأم علي سلوك الطفل قبل التبول :

م	العبـــــــارة	دائما	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
١.	تناول كميات كبيرة من السوائل .					
٢.	تعرض لعقاب من الأب .					
٣.	تعرض لعقاب من الأم .					
٤.	تناول أطعمة حارة .					
٥.	لم ينبهْ (من مصادر الرعاية) بإفراغ المثانة .					
٦.	الطفل نفسه غير منتبه لعملية التبول .					
٧.	تشاجر مع أحد أخواته .					
٨.	لاحظت غيرته من تدليلي لشقيقه الأصغر .					
٩.	لم ألبي له بعض مطالبة (اللعب ـ مشاهدة التليفزيون ٠٠ الخ)					
١٠.	نهرته (المربية أو الخادمة) بصوت عال .					
١١.	تشاجرت مع الزوج بصوت عال أمامه .					
١٢.	حصل علي درجات منخفضة في المدرسة .					
١٣.	تدفعه المعلمة أو المعلم للتنافس مع زملائه في المدرسة .					
١٤.	نهرته المعلمة أو المعلم .					
١٥.	تشاجر مع زملائه في المدرسة .					
١٦.	أخري تذكر (لابد من ذكر كل سبب علي حده) .					

خامسا : ملاحظات الأم علي سلوك الطفل أثناء التبول :

م	العبـــــــــارة	دائما	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
١.	غير مهتم بما يحدث .					
٢.	يشعر كان ما يفعله شئ عادي .					
٣.	تبدو علية ملامح الضيق والتوتر .					
٤.	يبكي ويتشنج .					
٥.	تبدو عليه ملامح الخجل .					
٦.	يسارع في الاختفاء بعيدا عن نظرات الأم .					
٧.	لم يتحرك من مكانه .					
٨.	أخرى تذكر (لابد من ذكر الوصف كل علي حدة .					

سادسا : ملاحظات الأم علي سلوك الطفل بعد التبول :

م	العبـــــــــارة	دائما	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
١.	يبدو حزينا وفي حالة من التوتر .					
٢.	يطلب تغيير ملابسة مع تقديم الاعتذار .					
٣.	يطلب تغيير ملابسة دون اهتمام بما حدث .					
٤.	يختفي في حجرته .					
٥.	يحاول تبرير سلوكه .					
٦.	يحدث أصدقائه بما قام به .					
٧.	يفتخر بما يحدث له .					
٨.	يشعر بالسعادة عند ملاحظة توتر الأم .					
٩.	ينكر القيام بعملية التبول .					
١٠.	يخفي ما ترتب علي عملية التبول بكل الطرق .					
١١.	يبدي ندما علي ما حدث .					
١٢.	ينطوي علي نفسه ولا يتحدث مع أحد .					
١٣.	غير مكترث بما حدث ويمارس نشاطه بشكل عادي .					
١٤.	أخري تذكر (اذكري كل شئ بالتفصيل) .					

سابعا : عادات الأم مع الطفل المتبول :

م	العبـــــــــــارة	دائما	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
١.	تسمح للطل بتناول أي كمية من المشروبات دون تحكم .					
٢.	تسمح للطل بتناول أي أنواع من المشروبات أو العصائر .					
٣.	تترك الطفل يأكل ويشرب وقتما يشاء.					
٤.	تسمح للطفل بالسهر لأي وقت .					
٥.	تسيطر علي الطفل ولا تسمح له بالتعبير عن نفسه .					
٦.	لا تقوم بتنظيم مواعيد نوم الطفل .					
٧.	تترك الطفل ينام أي عدد من الساعات .					
٨.	تضع الطفل في موقف المقارنة مع أخواته .					
٩.	تتحدث عن حالة تبول الطفل أمام الجيران .					
١٠.	تحكي له بعض الحكايات المخيفة قبل النوم .					
١١.	تسمح له بعدم الذهاب إلى المدرسة بعد التبول .					
١٢.	تضمه إلى صدرها لمدة طويلة بعد التبول .					
١٣.	تنهره وتسئ إليه بعد التبول .					
١٤.	تترك الطفل ينام في حجرة بمفردة .					
١٥.	حجرة نوم الطفل بعيدة عن غرفة الأم .					
١٦.	تعاقب الطفل قبل نومه .					
١٧.	تنشر فراشة المبلول في حوش المنزل بعد غسله .					
١٨.	أخري تذكر (تذكر العبارات الأخرى كل واحدة علي حده)					

ثامنا تدريب الطفل علي استخدام التواليت :

م	العبـــــــــــارة	دائما	كثيرا	أحيانا	نادرا	أبدا
١.	الأم حريصة علي أن تصاحب الطفل للحمام .					
٢.	تتركه للخادمة أو المربية تتولى شؤونه .					
٣.	تكتفي الأم بتغيير واقية البلل (بامبرز) للطفل .					
٤.	تعود الطفل علي واقية البلل دون تدريبه علي الحمام .					
٥.	ترغب الأم الطفل علي استخدام الحمام كوجود (صور - العاب - رسوم محببة علي كل حائط الحمام) .					
٦.	تنظم للطفل كيفية استخدام الحمام .					
٧.	تجبر الطفل علي استخدام الحمام في وقت مبكر من عمرة .					
٨.	تترك الحمام مضاء .					
٩.	أخرى تذكر (بالتفصيل) .					

تاسعا : بيانات جدول مرات التبول :

عزيزتي الأم :

يحتوي هذا الجدول علي أيام الأسبوع (السبت - الأحد - الاثنين - الثلاثاء - الأربعاء - الخميس - الجمعة) وكذلك يحتوي علي عدد مرات تبول الطفل في اليوم الواحد ، نرجو منك ملء بيانات هذا الجدول بانتظام ولمدة أسبوع كامل بوضع علام (   ) أمام اليوم وعدد مرات التبول التي تبولها الطفل في ذلك اليوم .

عدد مرات التبول / أيام الأسبوع	مرة واحدة	مرتان	ثلاث مرات	أربع مرات	خمس مرات	أكثر
السبت						
الأحد						
الاثنين						
الثلاثاء						
الأربعاء						
الخميس						
الجمعة						
المجموع						

مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته

إعداد

دافيد شيهان

الجزء الأول

تعليـــــــمــــــات

فيما يلي قائمة بالمشكلات والشكاوي التي تحدث عند الناس أحيانا .

أرسم دائرة حول أحد الأرقام إلى يسار كل مشكلة بحيث يوضح هذه الرقم اكبر توضيح إلى أي حد كانت هذه المشكلة سبباً في انزعاجك أو ضيقك خلال الشهور الستة الماضية .

أرسم دائرة حول رقم واحد فقط من الأرقام أمام كل مشكلة ولا تترك بنداً واحداً دون إجابة .

صفر / لم يحدث قط .

١ - / حدث بصورة قليلة .

٢ - / بصورة متوسطة .

٣ - / بصورة ملحوظة .

٤ - / بصورة مفرطة .

بيـــــــانـــــات أولـــــيه

الاسم (اختياري) .... الجنسية.........

السن......... الحالة الاجتماعية......... المهنة.........

الدخل......... أول تاريخ راجع فيه المستشفي...............

الحالة التعليمية..................................

إلى أي حد أحسست بالانزعاج من الأمور التالية :

١. الشعور بخفة الدماغ أو الإغماء المنذر أو نوبات الدوخة صفر ١ ٢ ٣ ٤

٢. الشعور بالأرجل المطاطية أو الأرجل المخلخلة صفر ١ ٢ ٣ ٤

٣. الشعور بفقدان التوازن أو عدم الاستقرار صفر ١ ٢ ٣ ٤

٤. صعوبة في التنفس أو زيادة في التنفس صفر ١ ٢ ٣ ٤

٥. ضربات زائدة في القلب أو سرعة في دق القلب صفر ١ ٢ ٣ ٤

٦. الشعور بألم أو ضغط في الصدر صفر ١ ٢ ٣ ٤

٧. احتباس في الحلق أو الإحساس بالاختناق أو غصة في الحلق صفر ١ ٢ ٣ ٤

٨. تنميل أو خدر في أجزاء من الجسم صفر ١ ٢ ٣ ٤

٩. توهج في حرارة الجسم أو أرتعاشات باردة صفر ١ ٢ ٣ ٤

١٠. الغثيان أو مشكلات في المعدة صفر ١ ٢ ٣ ٤

١١. نوبات من الإسهال صفر ١ ٢ ٣ ٤

١٢. نوبات من الصداع أو آلام الرقبة أو الرأس صفر ١ ٢ ٣ ٤

١٣. الإحساس بالتعب والضعف وسهولة الإعياء صفر ١ ٢ ٣ ٤

١٤. نوبات من زيادة الحساسية للصوت أو الضوء أو اللمس صفر ١ ٢ ٣ ٤

١٥. نوبات من العرق الغزير صفر ١ ٢ ٣ ٤

١٦. الإحساس بأن الظروف المحيطة بك غريبة أو غير حقيقية أو ضبابية أو منفصلة صفر ١ ٢ ٣ ٤

١٧. الشعور بأنك قد خرجت أو انفصلت عن جسمك كله أو بعض أجزائه أو الشعور بأنك تطفو — صفر ١ ٢ ٣ ٤

١٨. أن يركبك الهم بشأن صحتك إلي درجة أكبر مما ينبغي — صفر ١ ٢ ٣ ٤

١٩. الشعور بأنك تفقد سيطرتك علي ذاتك أو بأنك في طريق الجنون — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٢٠. شعور بالخوف من أنك علي شفا الموت أو بأن شيئا فظيعا يوشك أن يحدث — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٢١. شعور بالارتجاف أو الارتعاش — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٢٢. موجات غير متوقعة من الاكتئاب تحدث باستثارة بسيطة أو بغير استثارة — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٢٣. تقلبات في العواطف والمزاج بحيث تعلو وتهبط كثيرا كاستجابات للتغيرات من حولك — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٢٤. الاعتماد علي الآخرين . — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٢٥. الاضطرار إلى تكرار العمل نفسه كأن ذلك نوع من الطقوس (مثل تكرار المراجعة أو الغسل أو العد دون ضرورة في الواقع) — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٢٦. كلمات أو أفكار تعاودك وتلح علي ذهنك باستمرار ، ويصعب التخلص منها : (مثل أفكار عدوانية أو أفكار جنسية غير مرغوب فيها ، أو أفكار دافعة تضعف السيطرة عليها) — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٢٧. صعوبة الدخول في النوم — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٢٨. الاستيقاظ وسط الليل أو عدم استقرار النوم — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٢٩. تفادي بعض المواقف لأنها تخيفك — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٣٠. التوتر والعجز عن الاسترخاء

٣١. القلق والعصبية وعدم الاستقرار — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٣٢. نوبات مفاجئة من القلق تصحبها ثلاثة أعراض أو أكثر (سبق ذكرها) تحدث حين تدخل أو تهم بالدخول في موقف تعرف من خبرتك أنه يحتمل أن يؤدي إلى حدوث النوبة — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٣٣. نوبات مفاجئة غير متوقعة من القلق تصحبها ثلاثة أعراض أو أكثر تحدث معا باستثارة قليلة أو دون استثارة (حين لا تكون مثلا في موقف يحتمل من خبرتك أن يؤدي إلى حدوث القلق) — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٣٤. نوبات مفاجئة غير متوقعة يصحبها عرض واحد فقط أو عرضان تحدث باستثارة قليلة أو دون استثارة (حين لا تكون مثلا في موقف يحتمل من خبرتك أن يؤدي إلى حدوث القلق) — صفر ١ ٢ ٣ ٤

٣٥. نوبات من القلق تتزايد عندما تتوقع عمل شئ عرفت من خبرتك أنه يؤدي إلي حدوث القلق عندك ، وأنه يحدث عندك درجة من القلق أشد مما يحدث عند أكثر الناس — صفر ١ ٢ ٣ ٤

مقياس القلق القائم علي تقدير المريض لذاته

الجزء الثاني :

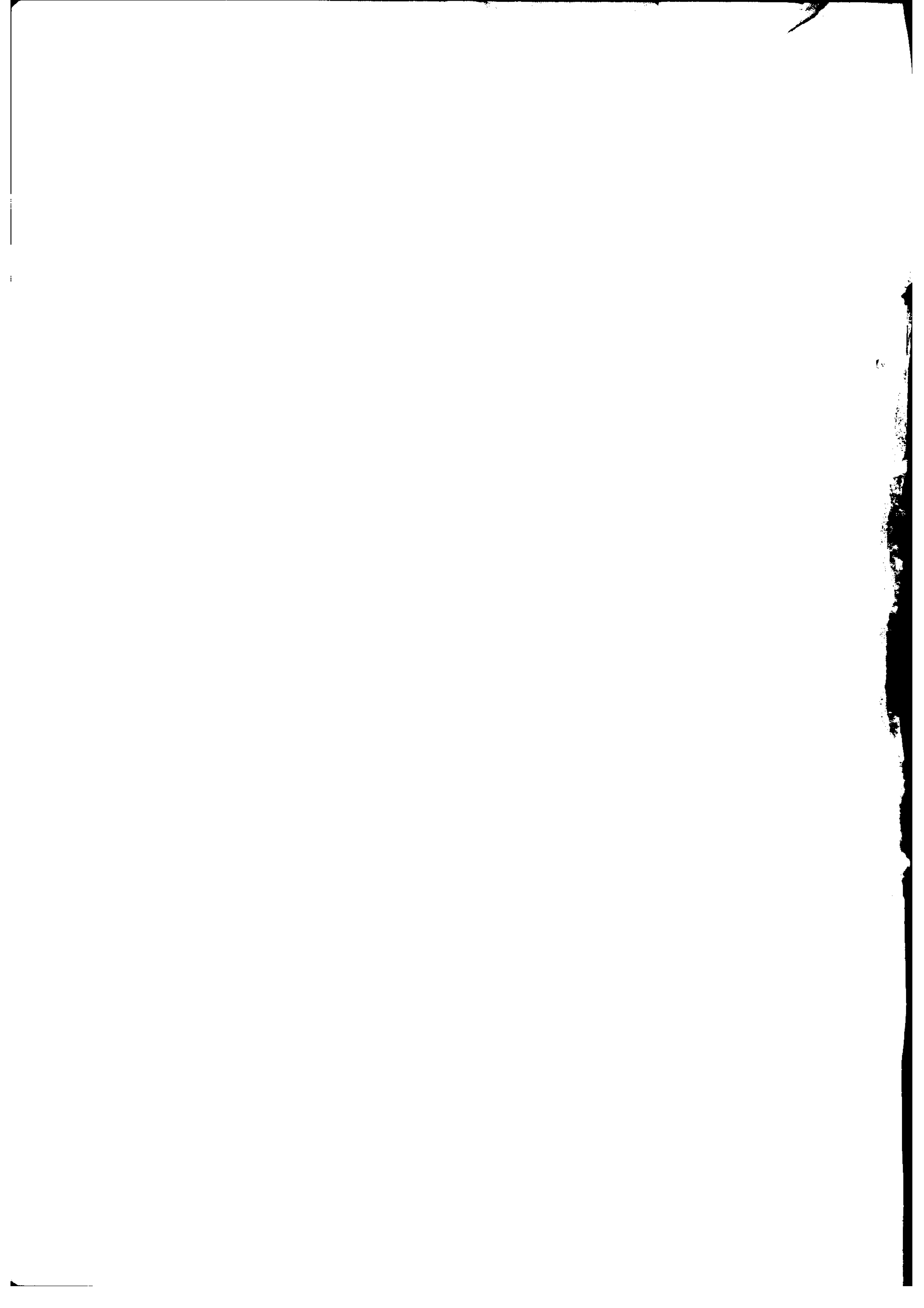
تعليمـــــــات :

ارسم دائرة حول رقم من الأرقام إلي يسار كل سؤال لتصف كيفية شعورك في موقف الفوبيا أي الخوف المرضي ، أو في مواقف الضغط :

صفر : لم يحدث قط ــ ١: حدث بصورة قليلة ــ ٢: حدث بصورة متوسطة ــ ٣: بصورة ملحوظة ــ ٤: بصورة مفرطة

العبارة					
١. جفاف الفم أكثر من المعتاد .	صفر	١	٢	٣	٤
٢. الهم والانشغال .	صفر	١	٢	٣	٤
٣. عصبي ، متحفز ، قلق ، غير مستقر	صفر	١	٢	٣	٤
٤. خائف ، متخوف	صفر	١	٢	٣	٤
٥. متوتر ، " مشدود " .	صفر	١	٢	٣	٤
٦. مرتجف في الداخل أو الخارج .	صفر	١	٢	٣	٤
٧. اهتياج في المعدة .	صفر	١	٢	٣	٤
٨. شعور بسخونة في الجسم كله .	صفر	١	٢	٣	٤
٩. عرق في الكفين .	صفر	١	٢	٣	٤
١٠. دقات قلب سريعة أو ثقيلة .	صفر	١	٢	٣	٤
١١. رعشة في اليدين أو الرجلين .	صفر	١	٢	٣	٤

فهرس الموضوعات





مطابع الحميضي
تلفون: ٤٥٨١٠٠٠ - فاكس: ٤٥٩٢٢١٧